*Приложение № 1*

Вх.№  **ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБщИНА БЯЛА СЛАТИНА**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за ползване на почасови здравно–социални услуги в домашна среда - патронажна грижа по Проект „Грижа в дома в Община Бяла Слатина“,**

 **Договор за БФП №BG05SFPR002-2.001-0147-C01**

**Данни на кандидата:**

..............................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугите по патронажна грижа)*

ЕГН ………………........................; Възраст ..........................................години; Пол Ж / М

Лична карта № ....................................., издадена на .......................... от МВР – гр. ......................;

Настоящ адрес: гр.(с) ..........................................ж.к. .........................................................................

ул. ......................................................................... № .........., бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. .........,

телефон/и за връзка: **/задължително/**: ....................................................................................

1. **Желая да ползвам следните услуги по патронажна грижа:**

/*моля отбележете с маркиране* ☑/**:**

□ здравни услуги/психологическа подкрепа

□социални услуги

1. **Заявявам, че попадам в следната целева група по проекта:**

/*моля отбележете* **1 отговор** *с маркиране* ☑/**:**

□ хора с увреждания;

□ възрастни хора в частична или пълна невъзможност от самообслужване вкъщи.

**Декларирам, че:**

□ Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка.

□ Съм информиран/а, че оценката на здравословното ми състояние/потребността ми от социални дейности ще се проведе в дома ми, за което съм съгласен/на да предоставя личните си данни на съответния специалист.

□ Съгласен съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват подкрепа в извършване на ежедневни и други дейности по начин, който предварително сме уговорили.

□ Към момента на кандидатстване ползвам подобни здравно – социални услуги по програми/ проекти, финансирани от други източници

□ Да □ Не

/*моля отбележете* **1 отговор** *с маркиране* ☑/

....................................................................................................................................................

*(в случай, че лицето ползва подобни услуги към момента на подаването се вписват данни за срока на услугите, по които е потребител)*

**Прилагам следните документи** (*моля маркирайте с* ☑ *какво прилагате*):

□ Документ за самоличност (*за справка*)

□ Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК, протокол от ЛКК *(копие*)

□ Копие на епикриза и/или други медицински документи, удостоверяващи здравословното състояние на кандидата, копие на здравна книжка с подробно попълнени данни на личния лекар и актуален телефон

□ Декларация по образец за съгласие за работа с лични данни - *Приложение № 2;*

□ Други документи доказващи, че лицето е с ограничения или невъзможност за самообслужване-при необходимост.

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: ................................ Декларатор: ....................................... *(подпис)*