



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА
РАЗВИТИЕ НА
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

РАЙОН „ВЛАДИСЛАВ ВАРНЕНЧИК“ – ОБЩИНА ВАРНА

Проект № BG05M9OP001-2.002-0010

„Комплексни услуги за достоен и независим живот“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз

Приложение № 1

ДО
КМЕТА НА
РАЙОН „ВЛАДИСЛАВ ВАРНЕНЧИК“
ОБЩИНА ВАРНА

Вх. №/.....

З А Я В Л Е Н И Е

за ПОЛЗВАНЕ на КОМПЛЕКСНИ УСЛУГИ по Проект „Комплексни услуги за достоен и независим живот“, съгласно Договор BG05M9OP001-2.002-0010-C001 „Комплексни услуги за достоен и независим живот – район Владислав Варненчик, гр.Варна“, сключен между Министерство на труда и социалната политика, чрез главна дирекция „Европейски фондове, международни програми и проекти“ и Район “Владислав Варненчик“ - Община Варна, финансиран от Европейския социален фонд чрез Оперативна програма Развитие на човешките ресурси 2014–2020, Процедура BG05M9OP001-2.002 „Независим живот“.

от.....

(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугата)

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:

Притежавам Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК №/дата, със срок до
.....; трайно намалена работоспособност/вид и степен увреждане

(в проценти)

Данни на законния представител на кандидат-потребителя:

.....

(трите имена на родителя на детето, настойника или попечителя)

ЕГН лична карта №, издадена на

от МВР – гр.; настоящ адрес гр.(с)....., ж.к.

....., ул. №, бл., вх.,

ет., ап....., телефон/и:.....

1. Заявявам, че вследствие на тежко увреждане, което удостоверявам с копие от ЕР на ТЕЛК /НЕЛК, протокол от ЛКК или друг медицински документ, се нуждая от помощ при обслужването си за извършване на ежедневни дейности. По тази причина желая да ползвам „КОМПЛЕКСНИ УСЛУГИ“, както следва:

- Личен асистент
- Услуги, предоставяни от Центъра (социален работник, медицинска сестра, рехабилитатор, психолог)



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА
РАЗВИТИЕ НА
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

РАЙОН „ВЛАДИСЛАВ ВАРНЕНЧИК“ – ОБЩИНА ВАРНА

Проект № BG05M9OP001-2.002-0010

„Комплексни услуги за достоен и независим живот“

*Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз*

***Възможен е избор на повече от една услуга**

2. Декларирам, че:

- Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка.
- Съгласен/на съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват подкрепа в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили.

Към момента на кандидатстването ползвам / не ползвам социалната услуга „личен асистент“, „социален асистент“ или „домашен помощник“ по други национални програми или по програми, финансирани от други източници или по друг ред.

.....
(в случай, че лицето ползва социалната услуга към момента на подаването се вписват данни за срока на услугата, по която е потребител)

3. Прилагам следните документи:

- документ за самоличност (за справка); за дете - удостоверение за раждане (копие);
- документ за самоличност на законния представител – родител, настойник, попечител (за справка);
- експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК (копие);
- медицински протокол на ЛКК (копие);
- други медицински документи - актуална епикриза и др. (копие);
- удостоверение за настойничество/попечителство (копие);
- други документи

В случай, че бъда включен/на като потребител на услугата по проекта, предпочитанията ми са за следния/те личен/и асистент/и:

1.
2.

В случай, че не бъда включен/на като потребител на услугата по проекта, в първия етап, заявявам желание да участвам във второто класиране и при промяна на обстоятелствата съм длъжен/а да уведомя екипа на изпълнение на проекта на общинско ниво.

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

Дата: Декларатор:
(подпис)

Законен представител¹
(подпис)

Лице, приело заявлението:
(име, фамилия и подпис)

¹ Когато лицето е поставено под ограничено запрещение, заявлението се подписва от лицето и от законния представител