ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ СОЦИАЛЕН ФОНД

ЯМБОЛ
ИДЛА ОТ ДРЕВНОСТТА - ОТКРИВАМ В БЪДЕЩЕТО

ОБЩИНА ЯМБОЛ

Вх. № 2801-.....

Дата: **..... ..... 2024 г.**

ДО
ВАЛЕНТИН РЕВАНСКИ
КМЕТ НА ОБЩИНА ЯМБОЛ

ЗАЯВЛЕНИЕ

за ползване на почасови интегрирани здравно-социални услуги по проект „Грижа в дома в община Ямбол"

от.....ЕГН.....
(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугата)

лична карта №.....,издадена от МВР-гр....., на .....г.;

Настоящ адрес: гр.(с) .....ж. к /ул. .....№....., бл.....,

вх. ....., ет..... ап.....,дом.телефон:.....моб.телефон:.....

Притежавам Експертно решение на ТЕЛК №...../дата.....г., със срок до .....г.;
трайно намалена работоспособност и степен увреждане .....*(в проценти)*

Данни на законния представител на кандидат-потребителя:

от.....ЕГН.....
(трите имена на законния представител)
лична карта №.....,издадена от МВР-гр....., на.....г.;
Настоящ адрес: гр.(с) .....ж. к/ул. .....№....., бл.....,
вх. ....., ет..... ап.....,дом.телефон:.....моб.телефон:.....

- Заявявам, че вследствие на тежко увреждане/старост, което удостоверявам с копие от ЕР на ТЕЛК, протокол от ЛКК или друг медицински документ, се нуждая от помощ и подкрепа при обслужването си за извършване на ежедневни дейности. По тази причина желая да ползвам почасови интегрирани здравно–социални услуги.

- Прилагам следните документи:

- Документ за самоличност –за справка;
- Експертно решение на ТЕЛК или други медицински документи - копие;
- Декларация за обработка на лични данни (по образец);
- Декларация за информирано съгласие (по образец);
- Други документи.....

1. Декларирам, че:

- Съм съгласен/на да допусна в дома си хора, за да ми оказват подкрепа в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили;
- Към момента на кандидатстването ☐ ползвам / ☐ не ползвам сходни социални услуги по други програми или по програми, финансирани от други източници;
- Съм информиран/а, че като лице, кандидатстващо за първи път за включването в Проекта е необходимо да ми бъде изготвена индивидуална оценка на потребностите, след посещение на експерт/и от общината в дома ми.
- Съгласен/на съм да бъде използвана оценката на индивидуалните ми потребности, изготвена по време на ползваните от мен интегрирани здравно-социални услуги по Проект „Патронажна грижа + в община Ямбол, при условие, че не декларирам промяна в здравословното си състояние към момента на депозиране на Заявлението;
- Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: .....2024 г. Декларатор: .....*(подпис)*

Законен представител[1].....*(подпис)*

[1] Когато лицето е поставено под ограничено запрещение, заявлението се подписва само от законния представител