ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/та ……..

ЕГН:……..л. к. №…….. изд. от……..….на ……г.

Д Е К Л А Р И Р А М :

*Съгласен/а съм личните ми данни, които предоставям, във връзка с кандидатстване за включване в **Проект „Иновативни здравно-социални услуги”,** да се съхраняват и обработват, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.*

Запознат/а съм с:

- *целта и средствата на обработка на личните ми данни;*
- *доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;*
- *правото на достъп и на коригиране на събраните данни.*

С настоящата декларация, декларирам съгласие за обработка на личните ми данни, както и при необходимост и на други органи, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

*Дата……*2024*г.*

Гр…….. *Декларатор:…….*

ДЕКЛАРАЦИЯ

ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Екипът за управление на проект „Грижа в дома в община Ямбол" по процедура за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05SFPR002-2.001 „Грижа в дома" по П РЧР 2021-2027, Ви уведомява за следното:

1. Настоящата декларация цели да гарантира спазването на Вашите права и защита на Вашите лични данни.

2. Предоставянето на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги за нуждаещите се лица с увреждания и възрастни хора е безплатно за Вас и Вашето семейство.

3. Грижа в дома се осъществява от здравни специалисти - медицинска сестра, фелдшер, рехабилитатор; психолог, разносвач, домашен санитар. Честотата на посещенията ще се определи на база извършена оценка на вашето здравословно състояние и потребностите от социални дейности. Точният брой посещения, всяко от които с продължителност не повече от два часа дневно ще Ви бъде съобщен при първото посещение и при необходимост може да бъде променян.

4. Вие трябва да предоставите на здравния специалист и/или на координатор/сътрудник по социални дейности данни за контакт с Вашия личен лекар и с Вашите близки.

5. Информиран сте, че всеки системен отказ от дейност (до три пъти), причинена вреда или проява на агресия или дискриминация срещу персоналът по Проекта /лицето, което Ви предоставя интегрирани здравно-социални услуги/ или координатор/сътрудник по социални дейности е основание за изключването Ви от услугата.

6. С подписа си Вие приемате условията за предоставяне на грижа в дома за периода на проекта в община Ямбол.

Долуподписаният/ата

…….
(име, презиме, фамилия на декларатора)

изразявам съгласието си да участвам в Проект „Иновативни здравно-социални услуги" и след като се запознах с условията, посочени по-горе ги приемам.
Предоставям следната информация (ако е приложима и налична)

1. Личният ми лекар е:……..
2. Телефонен номер на личен лекар за връзки:……
3. Близки за контакт: …….
…….
(посочват се имената на близки и телефонни номера за връзка)

дата:……2024 г.

град.:……... Декларатор:……....
(подпис)