



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ  
ЕВРОПЕЙСКИ  
СОЦИАЛЕН ФОНД

ПРОЕКТ BG05M9OP001-6.004-0027-C01  
„Патронажна грижа + в община Ардино“



ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА  
РАЗВИТИЕ НА  
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Вх. № ...../.....2022 г.

ДО  
КМЕТА НА  
ОБЩИНА АРДИНО

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за получаване на мобилни интегрирани здравно-социални услуги по проект  
„Патронажна грижа + в община Ардино“

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

ЕГН .....; възраст .....години; Пол  Ж /  М

Настоящ адрес: гр.(с) ....., ул. .... № ....., бл. ...., вх. ....,  
ет. ..., ап....., телефон/и:.....

**Данни на законния представител на кандидат-потребителя:**

.....  
(трите имена на настойника или попечителя)

ЕГН .....

Настоящ адрес гр.(с)....., ул. ....№ ....., бл. ...., вх. ....,  
ет. ...., ап....., телефон/и:.....

**1. Заявявам, че принадлежа към следната целевата група:**

- Лице с увреждане притежаващо експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК № ...../дата ..... , срок до ..... , т. н. р./вид и степен увреждане (в проценти) .....
- Възрастен в невъзможност за самообслужване;
- Лице над 54 годишна възраст с ограничения или в невъзможност за самообслужване;
- Други уязвими групи, вкл. лица поставени под карантина във връзка с COVID-19;
- Лица от рисковите групи за заразяване с COVID-19.

**Нуждая се от помощ при обслужването си за извършване на ежедневни дейности и желая да ползвам патронажна грижа по проект BG05M9OP001-6.004-0027-C01 „Патронажна грижа + в община Ардино“.**

**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 дейности по начин, който предварително сме уговорили, като ми е известно, че **патронажната грижа се осигурява до 2 часа на ден.**

**3. Информиран/а съм,** че услугата, за която кандидатствам, се финансира от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020, чрез Европейския социален фонд.

**4. Към момента на кандидатстването**  ползвам /  не ползвам социални услуги по други национални програми или програми, финансирани от други източници или друг ред.

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

**5. Прилагам следните документи:**

- документ за самоличност (за справка);
- документ за самоличност на законния представител – 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);
- Декларация за информирано съгласие (по образец)
- Други документи .....

В случай, че бъда включен/а като потребител по проекта, желая да ползвам следната/ите услуга/и: (отбележете с X)

1. Здравни грижи
2. Психологическа подкрепа
3. Социални услуги (санитар)

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

Дата: .....

Декларатор: .....  
(подпис)

Законен представител<sup>1</sup>: .....  
(подпис)

Лице, приело заявлението:

.....  
(име, фамилия и подпис)

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