



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОБЩИНА МОНТАНА



ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА
РАЗВИТИЕ НА
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Приложение № 1

ОБЩИНА МОНТАНА

Вх.№/дата.....

ДО
КМЕТА НА
ОБЩИНА МОНТАНА

ЗА ЯВЛЕНИЕ

**ЗА ПОЛЗВАНЕ НА УСЛУГА ЛИЧЕН АСИСТЕНТ, СОЦИАЛЕН АСИСТЕНТ ИЛИ
ДОМАШЕН ПОМОЩНИК ПО ПРОЕКТ „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:

От
(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 една от услугите „Личен асистент“, „Социален асистент“ или „Домашен помощник“.

ДОГОВОР № BG05M9OP001-2.002-0174-C001

„Създаване условия за независим живот на уязвими лица в Община Монтана“



ОБЩИНА МОНТАНА



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. Избор на допълнителна социална услуга предоставяна от Център за почасово предоставяне на услуги за социално включване в общността или в домашна среда:

Ползване на здравни услуги и медицинска помощ /здравни грижи, предоставяне на съвети за хигиена и хранене, предпазване от развитието на декубитуси при рискови за това пациенти, измерване на витални показатели (кръвно налягане, пулс,) разпознаване индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия/;

Ползване на услуги за възстановяване и рехабилитация /по изготвен график за посещения по населени места/;

Ползване на услуги за психо-социална подкрепа /психологически консултации и мотивация на персонала, предоставящ социални услуги, както и на потребителите на услугата съгласно тяхната индивидуална потребност/.

4. 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 личен асистент, социален асистент или домашен помощник:

1.
2.

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

ДОГОВОР № BG05M9OP001-2.002-0174-C001

„Създаване условия за независим живот на уязвими лица в Община Монтана“