О Б Щ И Н А Г О Р Н А О Р Я Х О В И Ц А

Вх. № ...../Дата: .....

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА
ГОРНА ОРЯХОВИЦА

З А Я В Л Е Н И Е

за ползване на специализирана социална услуга „Асистентска подкрепа"

От .....
(трите имена на заявителя)

ЕГН ....., л. к. №....., издадена от МВР .....на……,
с постоянен адрес: гр. (с.) ……..…… община..... .....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. ....., тел. .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... …… община ……
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ….., ап. ...., тел. .....
електронен адрес .....

Настойник/Попечител/Законен представител

……
(име, презиме, фамилия)
ЕГН ....., л. к. №....., издадена от МВР .....на……,
с постоянен адрес: гр. (с.) ……..…… община..... .....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. ....., тел. .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... …… община ……
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ….., ап. ...., тел. .....
електронен адрес .....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

Желая да ползвам специализираната социалната услуга „Асистентска подкрепа", финансирана от държавния бюджет.

Съгласен/а съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват „Асистентска подкрепа" в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили.

Към момента на кандидатстването ☐ ползвам / ☐ не ползвам асистентска подкрепа по реда на Закона за социалните услуги, помощ за осигуряване на асистентска подкрепа или грижа в домашна среда по реда на друг закон, по национални програми или по програми, финансирани от други източници или по друг ред.

Доброволно предоставям личните си данни и давам съгласието си те да бъдат обработвани във връзка с кандидатстване за ползването на специализираната социална услуга „Асистентска подкрепа".

Давам писменото си съгласие Община Горна Оряховица да извърши проверка на декларираните от мен данни – ДА/НЕ.

Длъжен/длъжна съм при промяна в декларираните от мен данни да уведомя писмено Община Горна Оряховица в 7-дневен срок от промяната.

Уведомен/а/ съм за деня, часа и начина на провеждане на среща в срок до 5 работни дни от заявяване на желанието за ползване на специализирана социална услуга „Асистентска подкрепа".

Прилагам следните документи:

- Документ за самоличност (*за справка*)
- Копие на експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК *(при приложимост).*
- Копие на медицински протокол на ЛКК *(при приложимост).*
- Копие на други медицински документи - актуална етапна епикриза, епикриза и др. *(при приложимост).*

Други: .....
.....

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЯРНО ВПИСАНИ ДАННИ НОСЯ НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ. 313 ОТ НАКАЗАТЕЛНИЯ КОДЕКС.

Дата:..... Подпис на лицето:

Дата:..... Подпис на настойника/попечителя/
законен представител: