Вх. № .................................../Дата: ......................... *Приложение 1.1*

**ДО**

**КМЕТА НА** **ОБЩИНА хитрино**

 **З А Я В Л Е Н И Е - Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**За включване като потребител в Социалната услуга „ Асистентска подкрепа“**

|  |
| --- |
| *Документът се попълва от лицето на място при завяването на желание за ползване на услуга или при провеждането на среща със социален работник от община Хитрино. При заявяване устно или по телефона или по електронна поща – документът се попълва от служител на Община Хитрино, приемащ заявката, обаждането, електронната поща, а се подписва при провеждането на срещата със социален работник.*  |

от.................................................................................................................................................................

*(име, презиме и фамилия на лицето, кандидат за потребител на услугата)*

ЕГН ………………........................, лична карта №...................................., изд. на……………...… от МВР – гр. .............................................., настоящ адрес: гр.(с)………………………………… ж.к................................................, ул. .................................................................................. №…….…,

 бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. ................,телефон/и:…………………………………………

чрез ........................................................................................................................................................

*(име, презиме и фамилия на упълномощено лице/законен представител)*

ЕГН ………………........................, лична карта №...................................., изд. на……………...… от МВР – гр. .............................................., настоящ адрес: гр.(с)………………………………… ж.к................................................, ул. .................................................................................. №……, бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. ................,телефон/и:…………………………………………

1. С настоящото декларирам потребност от ползване на социалната услуга „Асистентска подкрепа”, тъй като съм:

 🞎лице в надтрудоспособна възраст в невъзможност за самообслужване и нямам определена по съответния ред степен на намалена работоспособност;

 🞎дете с трайно увреждание с определена чужда помощ

 🞎 пълнолетно лице с трайно увреждане с определена чужда помощ

1. Декларирам, че:
	1. Предпочитанията ми са да бъда обслужван от социален асистент:

 1.………………………………………………….…………………………………………

 2..………………………………………………….………………………………………………

* 1. Приемам и разбирам предоставената от Община Хитрино информация относно услугата “Асистентска подкрепа”,.
	2. Съгласен/а съм/ Не съм съгласен/а издадената ми предварителна оценка да бъде въведена в Интегрираната информационна система на Агенцията за социално подпомагане*.*
	3. Съгласен/а съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват „Асистeнтска подкрепа” в извършването на определени ежедневни дейности по начин, които предварително сме уговорили.
	4. 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.

....................................................................................................................................................

 *(в случай, че лицето ползва социална услуга към момента на кандидатстване се вписват данни за срока на услугата, по която е потребител)*

**Представям следните документи:**

* документ за самоличност (*за справка*);
* документ за самоличност на упълномощеното лице/законния представител (*за справка*);
* пълномощно (*когато е приложимо*).
* медицински документи *(ЕР на ТЕЛК/НЕЛК, ЛКК, епикриза и др. - копие)*
* други документи ……………………………………………………………………..

Предоставям следната информация:

Личният ми лекар е: ………………………………………………………………………

Телефонен номер за връзка: ………………………………………………………..…….

Лечебно заведение, в което работи личният лекар: …………………………………….

2. Близки за контакт:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(посочват се имената на близките и телефонен номер за връзка)*

**Известно ми е, че:**

1. При промяна на всяко декларирано обстоятелство в настоящата декларация съм длъжен да уведомя доставчика на асистентска подкрепа в 7-дневен срок от настъпването на промяната.

2. Доставчикът на асистентска подкрепа може да ми предложи асистент, ако не съм посочил такъв.

3. Доставчикът на асистентска подкрепа може да ми поиска представянето на информация, в случай че същата не може да бъде установена/ получена по служебен път.

4. За декларирани неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларатор:…………………………………………………………………………………..…………..

*(име и фамилия на заявителя)*

Дата: ………………………… Подпис: ………………………...