

Вх.№/.....

**ДО
КМЕТА НА
ОБЩИНА ГОРНА ОРЯХОВИЦА**

ЗА Я В Л Е Н И Е

за ползване на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги по проект „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания – Община Горна Оряховица“

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

ЕГН; възрастгодини; Пол Ж / М,
лична карта №, издадена на от МВР – гр.....
Настоящ адрес: гр.(с)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)*

1. Заявявам, че желая да ползвам почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги по проект „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания – община Горна Оряховица“

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 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)

Договор за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-2.040-0056-C01 „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания - Община Горна Оряховица“, който се осъществява с финансовата подкрепа на Европейския социален фонд чрез Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г.