

Вх.№ ..... / .....

**ДО  
КМЕТА НА  
ОБЩИНА ГОРНА ОРЯХОВИЦА**

**З А 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 –**  
**Горна Оряховица“ Компонент 4**

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) ....., 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 BG05M9OP001-2.103-0053-C01 „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания-Горна Оряховица“, който се осъществява с финансовата подкрепа на Европейския социален фонд чрез Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г., процедура BG05M9OP001-2.103, „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания-Компонент 4“