**СТОЛИЧНА ОБЩИНА**

**ОБЩИНСКО ПРЕДПРИЯТИЕ ”СОЦИАЛЕН ПАТРОНАЖ”**

София 1618 бул. “Цар Борис ІІІ” № 207 тел: 02/81 885 13, факс: 02/81 885 23

[www.socialenpatronaj.com](http://www.socialenpatronaj.com)

 ***Приложение № 1***

Вх. № ................... / Дата: ........................... 202....... г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**ОП“СОЦИАЛЕН ПАТРОНАЖ“**

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

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

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

EГН ................................., л.к. № ....................., 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)*

EГН ................................., л.к. № ....................., изд. на ................... от МВР – гр. ............................

настоящ адрес: гр.(с.)........................................ ж.к. .................................... ул. ................................

№ ..........., бл. ........, вх. ........, ет. ......., ап. ........., телефон/и ...............................................................

1. С настоящото заявявам 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 увреждане с определена чужда помощ;
* пълнолетно лице с трайно увреждане с определена чужда помощ.
1. Желая да получавам социалната услуга „Асистентска подкрепа“ чрез лицето:

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

1. Декларирам, че:
	1. 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.
	2. Към момента на кандидатстването □ ползвам / □ неползвам 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 случаи, че лицето ползва социална услуга към момента на кандидатстване се вписват данни за срока на услугата, по която е потребител)*

* 1. Разбирам и приемам предоставената ми информация, относно социалната услуга „Асистентска подкрепа“, правата и задълженията ми след подаване на заявката и при ползването на услугата в последствие.

Прилагам следните документи:

* документ за самоличност ( за справка );
* документ за самоличност на упълномощеното лице/законния представител (за справка);
* пълномощно ( в случай, че документите не се подават лично от кандидата за потребител );
* медицински документи ( ЕР на ТЕЛК/НЕЛК, ЛКК, епикриза и др. – копие );
* декларация – съгласие;
* други документи.

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

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, които предоставям във връзка с изпълнение на заявената от мен административна услуга, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС)2016/679(GDPR).

Декларирам, че не получавам месечни помощи по реда на чл. 8д, ал. 1, във връзка с чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейни помощи за деца. При промяна в обстоятелствата съм задължен да уведомя доставчика на социалната услуга „Асистентска подкрепа“ в 30-дневен срок.

Декларатор: ........................................................................................................................................

*(име и фамилия на заявителя)*

Дата: .......................... 202...... г. Подпис:

Заявлението-декларация е прието и проверено от:

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

*(име и фамилия, длъжност)*

Дата: .......................... 202..... г. Подпис: