**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)

**ОБЩИНСКА ДЕЙНОСТ „ТОПЪЛ ОБЯД“**

тел. 0879811428

Рег.номер ППЖ24-ТО-………………./………………2024г

ДО

ДИРЕКТОРА НА

ОБЩИНСКО ПРЕДПРИЯТИЕ

„СОЦИАЛЕН ПАТРОНАЖ“

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

От..................................................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия на лицето, кандидат за получаване на подкрепа или на законния му представител, или пълномощник)*

За…...............................................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия на лицето, за което се представя заявление-декларация (лице/дете с определен законен представител, или упълномощител)*

ЕГН / ЛНЧ................................................................... , доходи в лв..........................................

Семейно положение ..................................................................................................................

Съжителствам със следните членове на семейството – три имена, ЕГН/ЛНЧ, родствена или друга връзка
1. …………………………………………………….……………………………………..

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

3. ...........................................................................................................................................

4. ............................................................................................................................................

Постоянен / Настоящ адрес

*(вписва се адреса на лицето, който e в територията на район Надежда )*

Гр. София, район Надежда, ул……………………………….…..........................., №............,

ж.к. ....................................................................... бл. ............, вх. ............, ет. ......., ап. ..........

Телефон за контакти...................................................................................................................

Заявявам необходимост от подкрепа с безплатна храна за обяд, като давам съгласието си да бъда включен в проверка за принадлежност към целеви групи (включваща и проверка за наличие /липса на двойно финансиране) и участие в процедура за подбор на крайни получатели.

Декларирам, че попадам в следната категория лица:

*(отбелязва се съответната категория)*

* лица и семейства без доходи или с ниски доходи, възрастни семейства пенсионери и самотно живеещи пенсионери, които имат ниски доходи, не могат да се издържат с тези доходи и имуществото си и не получават подкрепа от близките си;
* лица, обект на социално подпомагане, включително и от кръга на лицата по чл.4, ал.1 от Наредба РД-06-53 от 17.09.2021 година за реда и условията за определяне на целевите групи и насочване на помощта по Програмата за храни и основно материално подпомагане 2021-2027 г., съфинансирана от Европейския социален фонд плюс, които са в невъзможност да задоволят основните си жизнени потребности и за тях е установена нужда от допълнителна подкрепа;
* лица с ниски доходи, които поради налични увреждания или здравословни ограничения са със затруднено или невъзможно самообслужване, в това число самотни лица с трайни увреждания с ниски лични доходи от пенсия, за които няма подходящ кандидат за асистент по механизма лична помощ;
* лица, които поради инцидентни обстоятелства са в затруднена и уязвима ситуация и за тях е установена нужда от този вид подпомагане;
* скитащи и бездомни лица;
* лица от уязвими групи - граждани на трети страни, по смисъла на §1, т.17 от допълнителните разпоредби от Закона за убежището и бежанците.

Декларирам, че ако бъда включен като краен получател на общинска дейност на Столична община «топъл обяд» за периода на неговото получаване, няма да участвам в други програми или проекти включващи предоставяне на безплатна храна за обяд, независимо от източника на финансиране.

При промяна на обстоятелствата и условията, при които получавам подкрепа, се задължавам в 3-дневен срок да уведомя Столична община чрез ОП „Социален патронаж“.

Декларирам, че за периода на получаване на „топъл обяд“ ще осигурявам собствени съдове, в които да ми бъде предоставяна храната по дейността.

Декларирам, че съм съгласен да ми бъде изготвена социална оценка след посещение в дома ми от служители на ОП „Социален патронаж“.

Информиран съм, че храната следва да бъде получавана всеки работен ден на адрес: гр. София, ж.к. „Свобода“, бл.20а, с изключение на случаите на установена в социалната оценка невъзможност за това.

Известно ми е, че за вписването на неверни данни в тази декларация, нося наказателна и гражданска отговорност.

Съгласявам се личните ми данни да бъдат обработвани от Столична община чрез ОП „Социален патронаж“, и да бъдат предоставени на Агенция за социално подпомагане /ДСП Сердика/ с цел извършване на проверка за принадлежност към целеви групи (включително и свързана с проверка за наличие/липса на двойно финансиране, при наличие на такава информация) и на Дирекция „Интеграция на хора с увреждания, програми и проекти“ към Столична община с цел извършване проверка за наличие/липса на двойно финансиране и на район „Надежда“ с цел извършване проверка за наличие/липса на двойно финансиране и при необходимост за установяване на настоящ адрес, във връзка с кандидатурата ми за включване, като краен получател за предоставяне на „Топъл обяд“ в район „Надежда“ по решение № 39 на Столичния общински съвет от 07.03.2024 г. в съответствие с разпоредбите на Закона за защита на личните данни, на Регламент (ЕС) 2016/679 от Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. относно защита на физическите лица по отношение на обработване на лични данни и за свободното движение на такива данни (GDPR) и Регламент (ЕС) 2018/1725 на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2018 г.

* ДА
* НЕ

*\*При подаване на заявлението, лицето следва да представи личната си карта за идентификация*

*\*В случай на несъгласие от страна на лицето представеното заявление-декларация не се разглежда.*

Дата: ................2024 г. Декларатор: .................................

 (подпис)

Име и длъжност на лицето, приело заявление-декларацията:

Елена Алексиева – специалист СД

Дата:…………….2024г.

Подпис: