**ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБЩИНА ЕЛИН ПЕЛИН Вх.№………………/…….………**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**за ползване на интегрирани услуги по проект „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания, ”**

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)…………………………………………..ж.к……………………………...,

ул…………………………………………………….бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. ................,

телефон/и: .......................................................................................................................................

Притежавам Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК № ................./дата ............................, със срок до ...............................; трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане в % /…………………………………………………………………………………………………

**1. Заявявам,** че поради /напреднала възраст и заболявания / тежко увреждане /,

 ( *вярното се подчертава* )

което удостоверявам с копие от ЕР на ТЕЛК /НЕЛК, протокол от ЛКК или друг медицински документ,се нуждая от помощ при обслужването си за извършване на ежедневни дейности. По тази причина желая да ползвам интегрирани услуги:

**Медицинска сестра; Рехабилитатор; Домашен помощник**

(*Вярното се подчертава*)

по проект “ Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания в община Елин Пелин”, финансиран по договор BG05M9OP001-2.040-0086

**2. Декларирам**, **че:**

🞎 Нямам близки, които да се грижат за мен;

🞎 Не живея съвместно с близките си;

🞎 Близките ми не могат да полагат грижи за мен;

🞎 Не съм сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или

 гледане;

🞎Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка

**3.**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.

**4**. При промяна на условията , посочени по-горе,се задължавам в едномесечен срок да уведомя екипа на Домашен социален патронаж.

 **5. Прилагам следните документи:**

* документ за самоличност (*копие*);
* експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК *(копие);*
* медицински протокол на ЛКК (*копие*);
* други медицински документи - актуална епикриза и др. (*копие*);
* декларация за обработване на лични данни във връзка с участието в проекта;
* други документи..................................................................................................................

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

Дата: ................................ Декларатор: ............................................

 *( подпис)*

Лице, приело заявлението: **...................................................................................................................................................**

 *(име, фамилия и подпис)*

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаният/ната...........................................................................................

(име, презиме и фамилия на лицето)

ДЕКЛАРИРАМ:

Съгласен/на съм Община Елин Пелин да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с участието ми в проект “ Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания в община Елин Пелин”, финансиран по договор BG05M9OP001-2.040-0086

Запознат/а съм с:

* целта и средствата на обработка на личните ми данни;
* доброволния характер на предоставянето на данните;
* правото на достъп и на коригиране на събраните данни.

С настоящата декларация декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

дата ...................... ДЕКЛАРАТОР:........................

гр. ......................... /……………………………………………/