**ДО**

**КМЕТА**

**НА ОБЩИНА Сунгурларе**

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за получаване на патронажна грижа**

от

............…………………………………………………………….….................................................., */име, презиме, фамилия на човека с увреждане или затруднение в самообслужването/*

ЕГН …………….…………………., с постоянен адрес в : гр. (с) ……………………….......,

ул. …………………..................................................... …….....................................

бл. ..............., вх. ..…. , ет. …… , ап.…….., тел: …………..............……………………

чрез……………………………………………………….................................................................... */име, презиме, фамилия на упълномощеното лице/законен представител/*

ЕГН ……….…….…………........ лична карта № ............................................................

издадена на ............................... от ............................. гр. ...............................

Адрес: гр. (с) ……………………….……..........................................................................

 ул. ……………………...................................................……………..................................

Поради невъзможност от самообслужване, настъпило увреждане или тежко заболяване, се нуждая от медицински грижи и помощ при извършване на ежедневни дейности и при самообслужване.

Желая да ползвам здравно-социални услуги по патронажна грижа на територията на Община Сунгурларе в изпълнение на проект № BG05M9OP001-2.040-0047-C01 „Патронажна грижа в Община Сунгурларе и Община Созопол“.

Декларирам, че:

1. Посочените обстоятелства отговорят на фактическата обстановка;

2. Не използвам и няма да използвам сходни социални услуги по други дейности или подкрепа за задоволяване на същите потребности по програма/проект/схема, произлизаща от националния бюджет, бюджета на Общността или друга донорска програма;

3. Съм съгласен/на да допусна в дома си здравно-социални специалсти, за да ми оказват подкрепа в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили с индивидуалната оценка на потребностите;

4. При промяна на условията, посочени в т. 1 и т. 2, се задължавам да Ви уведомя в 7-дневен срок;

5. Съм информиран/а, че услугите, за които кандидатствам се финансират от Европейския социален фонд;

6. Аз, долуподписаният/ата, съм информиран/а, че:

6.1. Предоставените от мен лични данни в настоящето заявление ще бъдат обработвани за целите на отчитане изпълнението на проект проект № BG05M9OP001-2.040-0047-C01 „Патронажна грижа в Община Сунгурларе и Община Созопол“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020;

6.2. Администраторът на предоставените от мен лични данни е Министерството на труда и социалната политика;

6.3. Предоставените от мен лични данни се събират и съхраняват от Община Сунгурларе по сключения с Управляващия орган (УО) на ОП РЧР административен договор и в Информационната система за управление и наблюдение.

Прилагам следните документи:

- Документ за самоличност *(за справка)*;

- Медицински документи, удостоверяващи здравословното състояние на кандидата /копие от ЛКК, ТЕЛК, НЕЛК, други медицински документи, ако има такива/;

- Други …………………………………………………………………………….

С уважение: …………………………………………

 *(подпис)*