

BG05M9OP001-6.004-0122-C01
„Патронажна грижа + в община Левски“

До
Любка Александрова
Кмет на Община Левски

ЗАЯВЛЕНИЕ

за ползване на почасови медико-социални грижи по проект „ПАТРОНАЖНА ГРИЖА + в Община Левски“

от..... ЕГН

(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугата)

лична карта №....., издадена от МВР-гр....., на г.;

Настоящ адрес: гр.(с)..... ж.к/ул..... №....., бл.....,

вх, ет ап, дом. телефон:..... моб. телефон:

Притежавам Експертно решение на ТЕЛК №..... /дата..... г., със срок..... до г.;
трайно намалена работоспособност и степен увреждане..... (в проценти)

Данни на законния представител на кандидат-потребителя:

от..... ЕГН

(трите имена на законния представител)

лична карта №....., издадена от МВР-гр....., на..... г.;

Настоящ адрес: гр.(с)..... ж.к / ул..... №....., бл.....

вх, ет ап, дом. телефон:..... моб. телефон:

1. Заявявам, че вследствие на тежко увреждане/старост, което удостоверявам с копие от ЕР на ТЕЛК, протокол от ЛКК или друг медицински документ, се нуждаят помощ приобслужването си за извършване на ежедневни дейности. По тази причина желая да ползвам почасови медико-социални грижи.

2 Прилагам следните документи:

- Документ за самоличност -за справка;
- Експертно решение на ТЕЛК или други медицински документи - копие;
- Декларация за обработка на лични данни (по образец);
- Декларация за информирано съгласие (по образец);

Други документи

3. Декларирам, че:

- Съм съгласен/на да допусна в дома си хора, за да ми оказват подкрепа в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили.
- Към момента на кандидатстването ползвам / не ползвам сходни социални услуги по други програми или по програми, финансирани от други източници.
- Съм информиран/а, че за включването в програмата е необходимо да ми бъде изготвена медико-социална оценка, след посещение на експерт/и от общината в дома ми.
- Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:2022 г. Декларатор..... (подпис)

Законен представител¹..... (подпис)

¹ Когато лицето е поставено под ограничено запрещение, заявлението се подписва само от законния предста

BG05M9OP001-6.004-0122-C01
„Патронажна грижа + в община Левски”

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/та.....

ЕГН....., Л.К.№....., издадена от МВР.....

на.....

ДЕКЛАРИРАМ

Съгласен/а съм личните ми данни, които предоставям, във връзка с кандидатстване за включване в Проект „Патронажна грижа + в Община Левски”, да се съхраняват и обработват, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.

Запознат/а съм с:

- * целта и средствата на обработка на личните ми данни;
- * доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;
- * правото на достъп и на коригиране на събраните данни.

С настоящата декларация, декларирам съгласие за обработка на личните ми данни, както и при необходимост и на други органи, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

Дата:.....
гр.Левски

Декларатор:.....

BG05M9OP001-6.004-0122-C01
„Патронажна грижа + в община Левски”

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Екипът за управление на проект за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ № BG05M9OP001-6.004 „Патронажна грижа +” в община Левски, Ви уведомява за следното:

1. Настоящата декларация цели да гарантира спазването и Вашите права и защита на Вашите лични данни.
 2. Предоставянето на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги за нуждаещи се лица с увреждания и възрастни хора е безплатно за Вас и Вашето семейство.
 3. Патронажната грижа се осъществява от домашен помощник, медицинска сестра, психолог и социален работник. Честотата на техните посещения ще се определят на база извършена оценка на Вашето здравословно състояние и на потребностите от подкрепа. Точният брой посещения, всяко от които с продължителност не повече от два часа дневно ще Ви бъде съобщен при първото посещение и при необходимост може да бъде променен.
 4. Вие трябва да предоставите на екипа за предоставяне на услугата данни за контакт с Вашия личен лекар и с Вашите близки.
 5. Информираме Ви, че всеки системен отказ от дейност (до три пъти), причинена вреда или проява на агресия или дискриминация срещу домашния помощник, медицинската сестра, психолога и социалния работник е основание за изключването Ви от услугата.
 6. С подписа си Вие приемате условията за предоставяне на патронажните грижи за периода на проекта в община Левски.
- Информацията, която предоставяте, ще се счита за строго конфиденциална.

Долуподписаният/ата
(име, презиме и фамилия на декларатора)

Изразявам съгласието си да участвам в проект „Патронажна грижа + в община Левски” за получаване на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги, психологическа подкрепа, консултиране, доставка на храна и хранителни продукти, продукти от първа необходимост, включително и лекарства (закупени със средства на потребителите или други средства различни от тези по настоящата операция), заплащане на битови сметки, заявяване на неотложни административни и битови услуги (закупени със средства на потребителите или други средства различни от тези по настоящата операция) и след като се запознах с условията, посочени по-горе ги приемам.

Предоставям следната информация:

Личният ми лекар е:
Телефонен номер за връзка:
Лечебно заведение, в което работи личният лекар:

2. Близки за контакт:

.....
.....
(посочват се имената на близките и телефонен номер за връзка)

дата:

ПОДПИС:

В случай на необходимост може да се свържете с екипа за управление на проекта на следните телефонни номера: 0879 313 798 и 0879 313 738