**Вх. № ………../………………2025 г.**

**ДО**

**РЪКОВОДИТЕЛЯ НА ПРОЕКТ**

**„ИНОВАТИВНИ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ”**

**ОБЩИНА ИВАНОВО**

**З А Я В Л Е Н И Е**

за ползване на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги по проект

**BG05SFPR002-2.012-0197„Иновативни здравно-социални услуги в община Иваново“,**

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 увреждане .......................... (в проценти)

**Данни на законния представител на кандидат-потребителя:**

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

*(трите имена на* *представител*)

ЕГН ………............................. лична карта № .....................................,издадена на ............................ от МВР – гр. ..................................................; настоящ адрес гр.(с)...........................................................,

ж.к. .............., ул. ............................................................. № ......, бл. ......, вх. ....., ет. ......, ап…………телефон/и:.................................................................................................................

**1. Заявявам, че попадам в целевата група на проекта, като:**

[ ]  самотноживеещи лица с увреждания;

[ ]  самотноживеещи лица в надтрудоспособна възраст в невъзможност за самообслужване.

**2. Заявявам потребност от ползване на иновативни здравно-социални услуги в домашна среда**

**3. Декларирам, че:**

[ ] Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка.

[ ] 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 дейности/услуги по начин, който предварително сме уговорили.

[ ] Съгласен/на съм личните ми данни да бъдат ползвани за целите на проекта.

Към момента на кандидатстването [ ] ползвам /[ ] не ползвам социална услуга

....................................................................................................................................................................*(в случай, че лицето ползва социалната услуга към момента на подаването се вписват данни за вида и срока на услугата, по която е потребител)*

**4. Прилагам следните документи:**

• документ за самоличност (за справка);

• документ за самоличност на законния представител (за справка);

• експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК (копие, ако е приложимо);

• медицински протокол на ЛКК (копие, ако е приложимо);

• други медицински документи - актуална епикриза и др. (копие, ако е приложимо);

• декларация лични данни (по Образец)

* **други документи……………………………………………………………………**

***Информиран/а съм, че услугите за които кандидатствам по процедура BG05SFPR002-2.012 „Иновативни здравно-социални услуги“, по Програма „Развитие на човешките ресурси” 2021-2027 г. се финансират от Европейския съюз.***

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

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

 (подпис)

Законен представител ..............................................

 (подпис)