

ДО
Г-Н ТИХОМИР ИВАНОВ
АЛЕН МАК МЕД ООД
ДОСТАВЧИК НА УОИИ
ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА НА ЛИЦА
С РАЗЛИЧНИ ФОРМИ НА ДЕМЕНЦИЯ И ТЕХНИТЕ СЕМЕЙСТВА

З А Я В Л Е Н И Е

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

ЕГН, лична карта №, издадена на
..... от МВР – гр., Настоящ адрес: гр.(с)
....., ж.к./ул.
....., №....., бл., вх., ет., ап.
Телефон за контакти:, e-mail:

Данни на настойника/попечителя на кандидат-потребителя:

.....
(трите имена на попечителя)
ЕГН:....., лична карта №, издадена на
..... от МВР – гр., Настоящ адрес:
гр.(с), ж.к./ул.
....., №....., бл., вх., ет., ап.
Телефон:....., e-mail:

УВАЖАЕМИ Г-Н ИВАНОВ,

Моля, да бъде допуснат/а до участие в подбор на потребители за **„Дневен център за подкрепа на лица с различни форми на деменция и техните семейства“**,
находящ се на адрес: гр. Варна, Район „Младост“, ул. „Петко Стайнов“ №7.

Притежавам:

☐ Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК/ЛКК №/дата
....., със срок до; трайно намалена работоспособност/
вид и степен увреждане (в проценти)

или

☐ Епикриза, становище от личен лекар, становище от психиатър и
др...../ дата.....

Забележка: За ползването на услугата е необходимо лицето да има поставена
диагноза **от ТЕЛК /НЕЛК/ЛКК, епикриза, становище от личен лекар,**
становище от психиатър и др.

**Желая да ползвам интегрирана здравно-социална услуга в „Дневен
център за подкрепа на лица с различни форми на деменция и техните
семейства“ на територията на община Варна“, тъй като съм в категория:**

- Възрастни хора с различни форми на деменция над 65 г. с ограничения или в невъзможност за самообслужване и техните семейства.
- Възрастни с различни форми на деменция, настанени в специализирани институции или други резидентни услуги и техните семейства.

Желая да ми бъде предоставена грижа в рамките на:

- ☐ **Дневна грижа** в „Дневен център за подкрепа на лица с различни форми на деменция и техните семейства“ – **8 часа;**
- ☐ **Дневна грижа** в „Дневен център за подкрепа на лица с различни форми на деменция и техните семейства“ – **4 часа;**
- ☐ **Мобилна** услуга в дома;

Декларирам, че:

1. Съгласен/а съм да допусна в дома си служители на дневния център, за да ми оказват подкрепа по начин, който предварително сме уговорили.
2. Съм информиран/а, че услугите, за които кандидатствам се финансират от Европейския социален фонд.
3. Давам писменото си съгласие декларираните от мен данни да бъдат проверявани.
4. **Аз, долуподписаният/ата, съм информиран/а, че:**
 - 4.2. Администраторът на предоставените от мен лични данни е Министерството на труда и социалната политика;
 - 4.3. Предоставените от мен лични данни се събират и съхраняват от Община Варна по сключения с Управляващия орган на ОП РЧР Административен договор, от АЛЕН МАК МЕД ООД на услугата и в Информационната система за управление и наблюдение.

Прилагам следните документи:

- ☐ Документ за самоличност (за справка);
- ☐ Документ за самоличност на настойника/ попечителя (за справка);
- ☐ Експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК/ЛКК (копия);
- ☐ Епикриза, становище от личен лекар, специалист психиатър(копия/оригинал);
- ☐ Копие от ЛАК, с данни за личния лекар на кандидата – ако има такъв;
- ☐ Медицинско удостоверение от общопрактикуващ лекар за общо здравословно състояние (по образец);
- ☐ Медицинска характеристика за психично здраве от лекар – психиатър (по образец);
- ☐ Копие на удостоверението от органа по настойничество и попечителство (ако лицето е поставено под запрещение);
- ☐ Декларация за обработка на личните данни (по образец);
- ☐ Декларация за избягване на двойно финансиране (по образец);

☐ Индивидуална оценка на потребностите, издадена от дирекция „Социално подпомагане“ – ако има такава;

☐ Декларация за семейно положение (по образец).

☐ Други документи

.....
.....

С уважение:

Дата:

/подпис на лицето/упълномощено лице/