Вх. № ............................./ .................... **ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБЩИНА ЯБЛАНИЦА**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за**

**ползване на дейности по проект по проект „Патронажна грижа + община Ябланица” по процедура за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-6.002 “Патронажна грижа +”,** **ОП”РЧР”**

от...................................................................................................................................................

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

ЕГН ……………….........................; възраст .....................години; л. к № ............................, издадена на ........................от МВР – гр. .................................................;

Настоящ адрес: гр.(с) .................................................ул. .........................................................

№ .........., бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. ................, телефон: ............................................

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 или упълномощеното лице:

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

*(трите имена на настойник/ попечител или упълномощеното лице)*

ЕГН………......................лична карта № ................................, издадена на ............................ от МВР – гр. ...................................; настоящ адрес гр.(с)......................................................, ул. ........................................ №......,бл.......,вх......,ет.......,ап....., телефон:…................................

Заявявам, че желая да ползвам услугите, предоставяни в домашна среда по операция „Патронажна грижа +”:

* Доставка на храна, хранителни продукти и продукти от първа необходимост;
* Закупуване на лекарства;
* Заплащане на битови сметки, заявяване и получаване на неотложни административни услуги;
* Здравни услуги;
* Психологическа подкрепа, консултиране.

Декларирам, че:

1. Посочените в заявлението обстоятелства отговарят на фактическата обстановка.
2. Към момента на кандидатстването ползвам/не ползвам социални услуги по други операции по ОП „РЧР“ и/или по други схеми/програми/мерки с национални или международни други източници на финансиране.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

1. При промяна на условията, посочени по-горе, се задължавам в тридневен срок да уведомя Екипа по операция „Патронажна грижа +”BG05М9ОР001-6.002
2. Прилагам следните документи:

* документ за самоличност (*копие*);
* експертно решение на ТЕЛК/ДЕЛК/НЕЛК *(копие);/ако е приложимо/*
* Удостоверение за раждане на дете/(ако е приложимо/

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

Декларирам, че съм съгласен личните ми данни да бъдат съхранявани и обработвани от администратора – Община Ябланица – с цел участието ми по операция „Патронажна грижа +”BG05М9ОР001-6.002 при спазване Закона за защита на личните данни.

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

*( подпис)* Длъжностно лице, приело заявлението: .....................................................................................................................

*(име, фамилия и подпис)*