

СТОЛИЧНА ОБЩИНА ДИРЕКЦИЯ "СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ"
София, бул. „Княгиня Мария Луиза ” № 88 ет. 5, тел: 8035900

БСУ" " РАЙОН"

**САМООЦЕНКА НА ПОТРЕБИТЕЛСКИТЕ
НА КАНДИДАТА ЗА ПОЛЗВАТЕЛ**

На.....

ЕГН....., лична карта №....., изд. на.....от

Адрес гр. (с.):.....Община:

Ул.№ (ж.к.) бл..... вх. ет. ап. тел:

Законен представител /попечител/ настойник

Име

.....
ЕГН....., лична карта №....., изд. на.....от

I. ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ /ОПИСАНИЕ НА ЕР Г А Т Е Л К , Н Е Л К , Д Е Л К /:

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

II. СЕМЕЙНА СРЕДА

Живея:

- сам/а със съпруг /а с лице с увреждане с непълнолетни деца с родственици
 с приемни родители

III. ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ

1. Двигателна активност:

- Мога да се движа сам/а (1 т.)
 Частично мога да се движа сам/а (2 т.)
 Не мога да се движа сам/а (3 т.)

2. Степен на самообслужване:

• **Хранене, прием на течности**

- Мога да се храня и приемам течности сам/а (1 т.)
 Изпитвам затруднения да се храня и приемам течности сам/а (2 т.)
 Не мога да се храня сам/а (3 т.)

• **Приготвяне на храна**

- Мога да приготвям храна сам/а (1 т.)
 Частично мога да приготвям храна сам/а (2 т.)
 Не мога да приготвям храна сам/а (3 т.)

• **Снабдяване с необходимите стоки**

- Мога да се снабдявам с необходимите стоки сам/а (1 т.)
 Частично мога да се снабдявам с необходимите стоки сам/а (2 т.)
 Не мога да се да се снабдявам с необходимите стоки сам/а (3 т.)

• **Поддържане на личната хигиена**

- Мога да поддържам личната си хигиена сам/а (1 т.)
 Частично мога да поддържам личната си хигиена сам/а (2 т.)
 Не мога да поддържам личната си хигиена сам/а (3 т.)

• **Поддържане на хигиената в жилищните помещения**

- Мога да поддържам хигиената в жилищните си помещения сам/а (1 т.)
 Частично мога да поддържам хигиената в жилищните си помещения сам/а (2 т.)
 Не мога да поддържам хигиената в жилищните си помещения сам/а (3 т.)

• **Прием на лекарства, лечебни манипулации**

- Мога да приемам лекарства или извършвам лечебни манипулации сам/а (1 т.)
 Изпитвам затруднения да приемам лекарства или извършвам лечебни манипулации сам/а (2 т.)
 Не мога да приемам лекарства или извършвам лечебни манипулации сам/а (3 т.)

• **Посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.),
настаняване в болница**

- Мога да посещавам лекар, лечебни процедури, болница сам/а (1 т.)
 Изпитвам затруднения да посещавам лекар, лечебни процедури, болница сам/а (2 т.)
 Не мога да посещавам лекар, лечебни процедури, болница сам/а (3 т.)

3. Помощни технически средства:

- не ползвам (0 т.) ползвам (5 т.)

Какви:.....
.....

IV. ПСИХО-ЕМОЦИОНАЛНО И СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1. Комуникация :

• **Виждане**

- Виждам (1 т.)
 Частично виждам (2 т.)
 Не виждам /незрящ съм/ (3 т.)

1. Чуване

- Чувам (1 т.)
 Имам намален слух (2 т.)
 Не чувам /глух съм/ (3 т.)

СТОЛИЧЕН ОБЩИНСКИ СЪВЕТ

Приложение №1 към Решение № 494 по Протокол № 95/28.07.2011 г.

• **Говорене**

л.3 от вс.л.4

- Говоря (1 т.)
- Изпитвам затруднения да говоря (2 т.)
- Не говоря (3 т.)

2. Психо-емоционално състояние :

• **Адекватност**

- Адекватност (1 т.)
- Частична неадекватност (2 т.)
- Неадекватност (3 т.)

• **Ориентация**

- Ориентирам се (1 т.)
- Изпитвам затруднения (2 т.)
- Не се ориентирам (3 т.)

• **Разбиране**

- Разбирам (1 т.)
- Изпитва затруднения (2 т.)
- Не разбира (3 т.)

V. СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ:

1. Трудова дейност:

Работя (до 50 т.):

Къде:

Имам сключен:

Трудов договор (служебно правоотношение) -часа/ месечно;

Граждански договор -часа/ месечно;

Свободна професия -часа/ месечно;

..... -часа/ месечно.

Не работя (0 т.) .

2. Учебна дейност:

Посещавам учебно заведение (до 50 т.):

Редовна или вечерна форма на обучение;

Задочна форма на обучение;

Индивидуална форма на обучение;

Дистанционна форма на обучение.

Посещавам детско заведение (до 50 т.).

Не посещавам учебно или детско заведение (0 т.).

VI. ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ:

Дейности, насочени към подобряване здравословното състояние (10 т.)

.....
.....
Източник на информация.....

/представен документ/

СТОЛИЧНА ОБЩИНА ДИРЕКЦИЯ "СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ"
София, бул. „Княгиня Мария Луиза ” № 88 ет. 5, тел: 8035900

БСУ" " РАЙОН".....

**БЕЛЕЖКИ ПО САМООЦЕНКАТА НА ПОТРЕБНОСТИТЕ НА
КАНДИДАТА ЗА ПОЛЗВАТЕЛ от**
(зага)

Кандидат:.....
ЕГН.....
Законен представител /попечител/ настойник
Име.....

I. ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ /ОПИСАНИЕ НА ЕР НА ТЕЛК, НЕЛК, ДЕЛК/:

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

II. СЕМЕЙНА СРЕДА

Живее:

- сам/а със съпруг /а с лице с увреждане с непълнолетни деца с родственици
 с приемни родители

Бележки:.....
.....
.....

III. ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ

1. Двигателна активност:

- Може да се движи сам/а (1 т.)
 Частично може да се движи сам/а (2 т.)
 Не може да се движи сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

2. Степен на самообслужване:

• **Хранене, прием на течности**

- Може да се храни и приема течности сам/а (1 т.)
 Изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а (2 т.)
 Не може да се храни сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Приготвяне на храна**

- Може да приготвя храна сам/а (1 т.)
 Частично може да приготвя храна сам/а (2 т.)

Не може да приготвя храна сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Снабдяване с необходимите стоки**

- Може да се снабдява с необходимите стоки сам/а (1 т.)
- Частично може да се снабдява с необходимите стоки сам/а (2 т.)
- Не може да се да се снабдява с необходимите стоки сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Поддържане на личната хигиена**

- Може да поддържа личната си хигиена сам/а (1 т.)
- Частично може да поддържа личната си хигиена сам/а (2 т.)
- Не може да поддържа личната си хигиена сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Поддържане на хигиената в жилищните помещения**

- Може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а (1 т.)
- Частично може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а (2 т.)
- Не може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Прием на лекарства, лечебни манипулации**

- Може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а (1 т.)
- Изпитва затруднения да приема лекарства или извършвам лечебни манипулации сам/а (2 т.)
- Не може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.),
настаняване в болница**

- Може да посещава лекар, лечебни процедури, болница сам/а (1 т.)
- Изпитва затруднения да посещава лекар, лечебни процедури, болница сам/а (2 т.)
- Не може да посещава лекар, лечебни процедури, болница сам/а (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

3. Помощни технически средства:

- не ползва (0 т.) ползва (5 т.)

Какви:.....
.....

Бележки:.....л.3 от вс.л.5
.....
.....

IV. ПСИХО-ЕМОЦИОНАЛНО И СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1. Комуникация :

• **Виждане**

- Вижда (1 т.)
- Частично вижда (2 т.)
- Не вижда /незрящ е/ (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

2. Чуване

- Чува (1 т.)
- Има намален слух (2 т.)
- Не чува /глух е/ (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Говорене**

- Говори (1 т.)
- Изпитва затруднения да говори (2 т.)
- Не говори (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

2. Психо-емоционално състояние :

• **Адекватност**

- Адекватност (1 т.)
- Частична неадекватност (2 т.)
- Неадекватност (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Ориентация**

- Ориентира се (1 т.)
- Изпитва затруднения (2 т.)
- Не се ориентира (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

• **Разбиране**

- Разбира (1 т.)
- Изпитва затруднения (2 т.)
- Не разбира (3 т.)

Бележки:.....
.....
.....

V. СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ:

1. Трудова дейност:

Работи (до 50 т.):

Къде:

Има сключен:

Трудов договор (служебно правоотношение) - часа/ месечно;

Граждански договор - часа/ месечно;

Свободна професия - часа/ месечно;

..... - часа/ месечно.

Не работи (0 т.) .

Бележки:

2. Учебна дейност:

Посещава учебно заведение (до 50 т.):

Редовна или вечерна форма на обучение;

Задочна форма на обучение;

Индивидуална форма на обучение;

Дистанционна форма на обучение.

Посещава детско заведение (до 50 т.).

Не посещава учебно или детско заведение (0 т.).

Бележки:

VI. ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ:

Дейности, насочени към подобряване здравословното състояние (10 т.)

Източник на информация.....

/представен документ/

Бележки:

Дейности, насочени към подобряване на психо-емоционалното състояние (5 т.)

Източник на информация.....

/представен документ/

Бележки:

Други дейности /уточнени: курсове за повишаване на квалификацията или усъвършенстване, занимания в дома и извън него (участия в конкурси, състезания, хорове, изложби, спортни

СТОЛИЧЕН ОБЩИНСКИ СЪВЕТ

Приложение №1А към Решение № 494 по Протокол № 95/28.07.2011 г.
прояви и сходни им дейности /до 10 г.).....л.5 от в.л.5

Източник на информация.....

/представен документ – ако е приложимо/

Бележки:.....

VII. РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО НА ПОТРЕБНОСТИТЕ:

Количествено отражение на самооценката на потребностите в точки:

Физическо, психо-емоционално и сензитивно състояние:.....точки.

/III и IV/

Социална активност и други дейности.....точки.

/V и VI/

ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:

Допълнителни бележки:.....

Служители от БСУ: 1.....

/име и подпис/

2.....

/име и подпис/

Дата:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

ДО

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

(трите имена на лицето, кандидатствашо за ползвател на услугата)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

Уважаеми г-н/ г-жо,

На основание чл. 5 от Наредбата за предоставяне на социалната услуга "Асистент за независим живот" заявявам, че желая да ползвам социалната услуга „Асистент за независим живот“.

Заявявам, че желая да ползвам услугата чрез:

1. Столична община
2. друг регистриран доставчик на социални услуги

Прилагам следните документи:

1. Експертно решение на ТЕЛК, НЕЛК или ДЕЛК - копие и оригинал за справка.
2. Лична карта на кандидата за ползвател (за лицата до 14 години - акт за раждане) - копие и оригинал за справка, както и удостоверение за настоящ адрес в случай, че той е различен от постоянния адрес.
3. Декларация по образец (Приложение № 7) от кандидата или законния му представител, че не ползва сходни социални услуги по други дейности и програми.
4. Ако кандидатът за социалната услуга работи: служебна бележка с работодателя (Приложение № 10) и трудов/граждански договор/заповед за назначаване за справка; при свободни професии или друг вид дейност - документ, удостоверяващ ангажираността. Ако кандидатът за социалната услуга учи или посещава детско заведение - уверение или служебна бележка от учебното или детското заведение.
5. Заявление по образец (Приложение № 8) от кандидата или законния му представител за избор на асистент/и.
6. Документи за участие на кандидата в дейности, насочени към подобряване на здравословното, психо-емоционалното му състояние и други дейности, необходими за активното му социално включване.
7. Декларация по образец (Приложение № 11) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за социалната услуга „Асистент за независим живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАП, НОИ, РКМЕ и други организации във връзка с предоставените от мен данни.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

Подпис:.....

АНДРЕЙ ИВАНОВ/

ДО

.....

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

.....,

(трите имена на кандидат/ ползвател на услугата)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

.....,

(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

Уважаеми г-н/ г-жо

На основание чл. 5, ал. 5/ чл. 17, ал. 2 от Наредбата за предоставяне на социалната услуга "Асистент за независим живот" заявявам, че е налице промяна в обстоятелствата, свързани със социалната услуга „Асистент за независим живот“, поради което желая да извърша нова „Самооценка на потребностите“.

Прилагам следните документи:

1.
 2.
 3.
-
.....
.....
.....
.....

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за социалната услуга „Асистент за независим живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАП, НОИ, РКМЕ и други организации във връзка с предоставените от мен данни.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

ДО

.....
ЗАЯВЛЕНИЕ

от

.....
(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент на услугата)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

Уважаеми г-н/ г-жо

На основание чл. 9 от Наредбата за предоставяне на социалната услуга "Асистент за независим живот", заявявам, че желая да бъда асистент. Предпочитанията ми са да работя със следните ползватели на услугата:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Прилагам следните документи:

1. Автобиография.
2. Лична карта (копие и оригинал за справка) и удостоверение за настоящ адрес в случай, че той е различен от постоянния адрес.
3. Свидетелство за съдимост.
4. Удостоверение от местоработата, ако кандидатът за асистент работи или декларация, че не работи.
5. Декларация по образец (Приложение № 9) че кандидатът за асистент не е лице с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, на което е определена нужда помощ.
6. Декларация по образец (Приложение № 11) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за асистент в социалната услуга „Асистент за независим живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАП, НОИ, РКМЕ и други организации във връзка с предоставените от мен данни.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:

Подпис:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

СПОРАЗУМЕНИЕ

Днес.....20.... г., в гр. София между:

....., с ЕГН, с
постоянен адрес:,
ПОЛЗВАТЕЛ на социалната услуга „Асистент за независим живот“, наричан за краткост
Възложител

и

....., с ЕГН, с
постоянен адрес:,
ПОЛЗВАТЕЛ на социалната услуга „Асистент за независим живот“, наричан за краткост
Изпълнител

СЕ СКЛЮЧИ НАСТОЯЩОТО СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА СЛЕДНОТО:

Чл.1. **Възложителят** възлага, а **Изпълнителят** приема да изпълни следните услуги в качеството на Асистент за независим живот:

- 1.1.....
- 1.2.....
- 1.3.....
- 1.4.....
- 1.5.....

Чл.2. **Изпълнителят** е длъжен да бъде точен и да спазва договорените часове.

Чл.3. В случай на възникнало препятствие /болест, неотложен ангажимент и др. / за изпълнение на задълженията си по настоящото споразумение, **Изпълнителят** е длъжен да уведоми **Възложителя** своевременно, с оглед последния да има възможност да потърси услугите на друг асистент.

Чл.4. **Възложителят** е длъжен да бъде точен и да спазва договорените часове

Чл. 5. Настоящото споразумение се сключва за срок от месец.

Чл.6. Настоящото споразумение може да бъде прекратено на следните основания:

- т.1.по взаимно съгласие между страните
- т.2.едностранно, от **Възложителя** -.....предизвестие;
- т.3. едностранно, от **Изпълнителя** -.....предизвестие.

Чл.7. В случай, че възникне нужда от допълнителни услуги, **Изпълнителят** има възможност и е съгласен да ги поеме, страните се договарят допълнително в нарочен Анекс, неразделна част от настоящото споразумение.

Чл.8. Всички спорове възникнали във връзка с породените от това споразумение отношения се уреждат между страните съобразно с действащото българско законодателство.

Настоящото споразумение се състави в два еднообразни екземпляра и се подписа както следва:

Възложител: Изпълнител:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

ОТЧЕТ ЗА ИЗРАБОТЕНИТЕ ЧАСОВЕ

От
 асистент за независим живот на
 за месец Година

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

| Дата | Време от денонощието на изработените часове. Общ брой часове | Общ брой часове | Подпис на асистента | Подпис на ползвателя |
|------|---|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

Общ брой часове _____ ПРЕДСЕДАТЕЛ: _____ Сума за изплащане _____

/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

РЕШЕНИЕ ОТНОСНО ПОЛЗВАНЕТО НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА ПО
НПСУАНЖ

1. Комисията за разглеждане на подадените документи за ползване на социалната услуга „Асистент за независим живот”, назначена със Заповед №/..... г. на кмета на Столична община на основание

РЕШИ:

.....
отговаря/не отговаря на условията, посочени в чл..... от НПСУАНЖ, поради което му
..... ползването на социалната услуга „Асистент за независим живот”
/разрешава или отказва/
Мотиви:

2. Въз основа на Класиране на кандидатите, извършено на,
Комисията Ви уведомява, че

с точки от Самооценката на потребностите, кандидатът за ползвател
НЕ СЕ ВКЛЮЧВА в социалната услуга
/СЕ ВКЛЮЧВА в социалната услуга, считано от с определени
..... часа месечно/.

Решението може да бъде обжалвано чрез Комисията по чл. 15 от НПСУАНЖ пред кмета на Столична община в 14-дневен срок от съобщаването му.

Председател на комисията.....
/име, подпис/

Дата:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

**КАРТА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА НЕОБХОДИМИТЕ ЧАСОВЕ ЗА
ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА ПО НПСУАНЖ**

Вземайки предвид индивидуалната „Самооценка на потребностите на кандидата за ползвател” – Приложение № 1 към НПСУАНЖ и „Бележки по самооценка на потребностите на кандидата за ползвател” (Приложение № 1а), Комисията за разглеждане на подадените документи за ползване на социалната услуга „Асистент за независим живот”, назначена със Заповед № /..... г. на кмета на Столична община на основание

РЕШИ:

определя на
следния брой часове месечно:

| ЕЖЕДНЕВНО ОБСЛУЖВАНЕ | БРОЙ ЧАСОВЕ |
|--|--------------------|
| 1. Помощ при хранене, прием на течности Може да се храни и приема течности сам/а - 0 часа Частично може да се храни и приема течности сам/а - до 20 часа Не може да се храни и приема течности сам/а - до 25 часа | |
| 2. Помощ при приготвяне на храна Може да приготвя храна сам/а - 0 часа Частично може да приготвя храна сам/а - до 15 часа Не може да приготвя храна сам/а - до 20 часа | |
| 3. Помощ при пазаруване – снабдяване с необходимите стоки Може да се снабдява с необходимите стоки сам/а - 0 часа Частично може да се снабдява с необходимите стоки сам/а - до 15 часа Не може да се снабдява с необходимите стоки сам/а - до 20 часа | |
| 4. Помощ при поддържане на личната хигиена Може да поддържа личната хигиена сам/а - 0 часа Частично може да поддържа личната хигиена сам/а - до 30 часа Не може да поддържа личната хигиена сам/а - до 40 часа | |
| 5. Помощ при поддържане на хигиената в обитаваните жилищни помещения Може да поддържа хигиената в жилищните помещения сам/а - 0 часа Частично може да поддържа хигиената в жилищните помещения сам/а - до 7 часа Не може да поддържа хигиената в жилищните помещения сам/а - до 10 часа | |
| 6. Помощ при прием на лекарства, лечебни манипулации Може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а – 0 часа Частично може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а-до 7 часа Не може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а - до 10 часа | |
| 7. Помощ за посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.), настаняване в болница Може да посещава лекар, лечебни процедури, болница сам/а - 0 часа Частично може да посещава лекар, лечебни процедури, болница сам/а - до 20 часа Не може да посещава лекар, лечебни процедури, болница сам/а - до 25 часа | |

СТОЛИЧЕН ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
Приложение №6А към Решение № 494 по Протокол № 95/28.07.2011 г.

л.2 от вс.л.2

| СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ | БРОЙ ЧАСОВЕ |
|--|--------------------|
| 1. Придружаване до работното място и обратно и съдействие при упражняване на трудовата дейност - | до 50 часа |
| 2. Придружаване до учебното заведение и обратно и съдействие в учебния процес: | |
| - редовна и вечерна форма на обучение - | до 50 часа |
| - задочна форма на обучение - | до 30 часа |
| - индивидуална форма на обучение - | до 20 часа |
| - дистанционна форма на обучение - | до 20 часа |
| - детско заведение - | до 50 часа |
| 3. Други дейности за подобряване на : | |
| - здравословното състояние - | до 20 часа |
| - психо-емоционалното състояние - | до 10 часа |
| - други /уточнени/ - | до 20 часа |
| ОБЩ БРОЙ ЧАСОВЕ: | |

Решението може да бъде обжалвано чрез Комисията по чл. 15 от НПСУАНЖ пред кмета на Столична община в 14-дневен срок от съобщаването му.

Председател на комисията
/име, подпис/

Дата:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

До

.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

Данни на кандидата:,
(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползване на услугата)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от.....

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

тел.....

Данни на законния представител:,
(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от.....

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

Уважаеми г-н/г-жо:.....,

На основание чл. 5, ал. 2, т. 3 от Наредба за предоставяне на социалната услуга "Асистент за независим живот", декларирам, че:

.....

не ползва/м сходни социални услуги по други дейности и програми.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


АНДРЕЙ ИВАНОВ

До

ЗАЯВЛЕНИЕ
от

Данни на кандидата:,
(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

тел.....

Данни на законния представител:,
(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

Уважаеми г-н/ г-жо.....,

Заявявам, че желая да ползвам следните асистенти по Наредба за предоставяне на социалната услуга „Асистент за независим живот“:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

До

.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

.....

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

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

тел.....

Уважаеми г-н/г-жо.....,

На основание чл. 9, ал. 1, т. 5 от Наредба за предоставяне на социалната услуга "Асистент за независим живот", декларирам, че не съм лице с трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

.....
/наименование на организацията/

.....
/седалище, адрес, ЕИК/

.....
/телефон, e-mail/

СЛУЖЕБНА БЕЛЕЖКА

Лицето.....
/имена /

лична карта №:, изд. на:, от.....

адрес: гр....., жк....., ул.....

....., бл....., вх....., ет.....ап.....

работи в, считано от

като,
/длъжност/

по.....
/трудово, служебно правоотношение, граждански договор, др./

по.....
/срочно правоотношение за срок до...., безсрочно правоотношение/

на.....
/пълно, непълно - часа работно време, от.... до..../

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Настоящата служебна бележка да послужи пред Столична община.

Дата:.....

.....
/имена, длъжност, подпис, печат/

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

.....,
(трите имена на кандидата)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

.....
(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

На основание чл. 5, ал. 4/ чл. 9, ал. 2 от Наредбата за предоставяне на социалната услуга „Асистент за независим живот”

ДЕКЛАРИРАМ

Че не е налице промяна в последно подадените от мен документи или декларациите от мен обстоятелства, свързани със социалната услуга „Асистент за независим живот“.

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:


/АНДРЕЙ ИВАНОВ/