

ДО

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

.....
(трите имена на лицето, кандидатстващо 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. 6б от Наредбата за предоставяне на социалните услуги "Асистенти за независим живот" заявявам, че желая да ползвам социалната услуга „Асистент за независимо детство“.

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 или НЕЛК - копие и оригинал за справка.
2. Лична карта на кандидата за ползвател (за децата 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 № 2.2) от кандидата и/или законния му представител, че ползва или не ползва сходни социални услуги по други дейности и програми.
4. Ако кандидатът за социалната услуга учи или посещава детско заведение - уверение в което е отразено, че лицето е записано за настоящата година или служебна бележка от учебното, детското заведение или организацията за професионална квалификация.
5. Заявление по образец (Приложение № 2.3) от кандидата и/или законния му представител за избор на асистент/и.
6. Документи за участие на кандидата в други дейности за активно социално включване: дейности, насочени към подобряване здравословното, психо-емоционалното състояние, усъвършенстване, занимания в дома и извън него (участия в конкурси, състезания, хорове, изложби, спортни прояви и сходни им дейности (ако е приложимо).
7. Декларация по образец (Приложение № 2.4) 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 и активен 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.

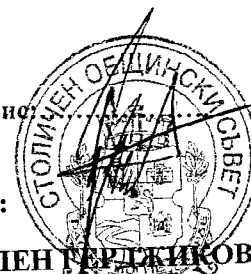
Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по Наказателния кодекс.

Дата:.....

Подпис:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ПЕРДИКОВ/



До

.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

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.....,

На основание чл. 6б, ал. 2, т. 3 от Наредба за предоставяне на социалните услуги "Асистенти за независим живот", декларирам, че:

- сходни социални услуги по други дейности и програми.....
/ползвам/ не ползвам/

.....
/наименование на сходната услуга и дейността или програмата/

със срок от до

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

Дата:

Подпис:

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕНА ГРДЖИКОВ/



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 социалните услуги „Асистенти за независим живот“:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ВЕРДЖИКОВ/



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. 6б, ал. 4/ чл. 9, ал. 2 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот“

ДЕКЛАРИРАМ

Че не е налице промяна в последно подадените от мен документи или декларираните от мен обстоятелства, свързани със социалната услуга „Асистент за независимо детство“.

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

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ВЕРДЖИКОВ/





Столична община

София 1000, бул. "Кн. Мария Луиза" №88, ет. 5, телефонен номератор 8035900, факс 8035935, dsd.sofia.bg

БСУ" " РАЙОН"

АНКЕТА ЗА ПОТРЕБНОСТИТЕ ЗА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”

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 НА ТЕЛК, НЕЛК/:

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

II. СЕМЕЙНА СРЕДА

Живее:

- с един родител/ приеман родител/ настойник/ попечител
 с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители

Становище на лицето.....
.....
.....

III. ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ

1. Двигателна активност:

- Може да се движи сам/а
 Частично може да се движи сам/а
 Не може да се движи сам/а

2. Степен на самообслужване:

• Хранене, прием на течности

- Може да се храни и приема течности сам/а
 Изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а
 Не може да се храни сам/а

Поддържане на личната хигиена

- Може да поддържа личната си хигиена сам/а
 Частично може да поддържа личната си хигиена сам/а
 Не може да поддържа личната си хигиена сам/а

Прием на лекарства, лечебни манипулации

- Приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения
 Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения
 Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения

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

- Посещава лекар, лечебни процедури, болница без затруднения
- Посещава лекар, лечебни процедури, болница със затруднения
- Посещава лекар, лечебни процедури, болница със сериозни затруднения

3. Помощни технически средства:

- не ползва ползва

Какви:.....

Становище на лицето.....

IV. ПСИХО-ЕМОЦИОНАЛНО И СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1. Комуникация :

- **Виждане**

- Вижда
- Частично вижда
- Не вижда /незрящ е/

- **Чуване**

- Чува
- Има намален слух
- Не чува /глух е/

- **Говорене**

- Говори
- Изпитва затруднения да говори
- Не говори

2. Психо-емоционално състояние :

- **Адекватност**

- Адекватност
- Частична неадекватност
- Неадекватност

- **Ориентация**

- Ориентира се
- Изпитва затруднения
- Не се ориентира

- **Разбиране**

- Разбира
- Изпитва затруднения
- Не разбира

Становище на лицето.....

V. СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ:

1. Учебна дейност:

Посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация:

- Редовна или вечерна форма на обучение;
- Задочна форма на обучение;
- Индивидуална форма на обучение в дома;
- Индивидуална форма на обучение извън дома;
- Дистанционна форма на обучение.

Не посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация.

Становище на лицето.....
.....
.....
.....

VI. ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ:

Дейности, насочени към подобряване здравословното и психо-емоционалното състояние:

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

Източник на информация.....
/представен документ/

Дейности, насочени към усъвършенстване, занимания в дома и извън него /участия в конкурси, състезания, хорове, изложби, спортни прояви и сходни им дейности-уточнени/:

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

Източник на информация.....
/представен документ– ако е приложимо /

Становище на лицето.....
.....
.....
.....

Допълнителни бележки на служителите от БСУ.....
.....
.....

Становище на лицето:.....
Съгласен съм / Не съм съгласен с Анкетата

Желая / Не желая нова Анкета

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

Дата:

Служител от БСУ 1:.....
/име и подпис/

Служител от БСУ 2:.....
/име и подпис/

Кандидат/ законен представител.....
/име и подпис/
ПРЕДСЕДАТЕЛ:



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. 6б, ал. 5/ чл. 17, ал. 3 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги "Асистенти за независим живот" заявявам, че е налице промяна в обстоятелствата, свързани със социалната услуга „Асистент за независимо детство“, поради което желая да бъде извършена нова „Анкета 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 и активен 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 Наказателния кодекс.

Дата:.....

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ГЕРДЖИКОВ/



Приложение № 2.7
към НПСУАНЖ

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 социалните услуги "Асистенти 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 № 2.8) че кандидатът за асистент не е лице с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ.
6. Декларация по образец (Приложение № 2.4) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за асистент в социалните услуги „Асистенти за независим живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАЦ, 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 Наказателния кодекс.

Дата:

Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ГЕРДЖИКОВ/



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 социалните услуги "Асистенти 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 Наказателния кодекс.

Дата:..... Подпис:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ПЕРДЖИКОВ/



СПОРАЗУМЕНИЕ

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

.....
(трите имена на ползвателя 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.....

наричан за краткост **Възложител**
и

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

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

наричан за краткост **Изпълнител**

СЕ СКЛЮЧИ НАСТОЯЩОТО СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА СЛЕДНОТО:

Чл.1. Възложителят възлага, а Изпълнителят приема да изпълни следните услуги, описани в „Карта за определяне на необходимите часове за предоставяне на социалната услуга „Асистент за независимо детство” на Възложителя, 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 месеци/а.

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

- г.1.по взаимно съгласие между страните;
- г.2.едностранно, от **Възложителя** - предизвестие;
- г.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 три еднообразни екземпляра и се подписва както следва:

Възложител:.....

Изпълнител:.....

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕН ГЕРДЖИКОВ/



**ИЗМЕРИТЕЛ НА БРОЯ ТОЧКИ ЗА КЛАСИРАНЕ НА КАНДИДАТИТЕ ЗА ПОЛЗВАТЕЛИ
 НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”**

КАТЕГОРИЯ			БРОЙ ТОЧКИ
СЕМЕЙНА СРЕДА	Живее:	с един родител/ приеман родител/ настойник/ попечител	5 т.
		с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители	1 т.
ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ	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.
	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.
	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.
	Присм на лекарства, лечебни манипулации	приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения	1 т.
		приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения	2 т.
		приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения	3 т.
	Посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.),настаняване в болница	посещава лекар, лечебни процедури, болница без затруднения	1 т.
		посещава лекар, лечебни процедури, болница със затруднения	2 т.
		посещава лекар, лечебни процедури, болница със сериозни затруднения	3 т.
	Помощни технически средства:	не ползва	0 т.
		ползва	5 т.
	ПСИХО- ЕМОЦИОНАЛНО И СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ	Виждане	вижда
частично вижда			2 т.
не вижда /незрящ е/			3 т.
Чуване		чува	1 т.
		има намален слух	2 т.
		не чува /глух е/	3 т.
Говорене		говори	1 т.
		изпитва затруднения да говори	2 т.
		не говори	3 т.
Адекватност		адекватност	1 т.
		частична неадекватност	2 т.
		неадекватност	3 т.
Ориентация		ориентира се	1 т.
		изпитва затруднения	2 т.
		не се ориентира	3 т.
Разбиране		разбира	1 т.
		изпитва затруднения	2 т.
		не разбира	3 т.
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – УЧЕБНА ДЕЙНОСТ	Посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация	редовна или вечерна форма на обучение; задочна форма на обучение; индивидуална форма на обучение в дома; индивидуална форма на обучение извън дома; дистанционна форма на обучение.	до 40 т.
	Не посещава детско заведение, учебно заведение или заведение за професионална квалификация		0 т.

ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	Деятности, насочени към подобряване здравословното и психоемоционалното състояние		до 10 т.
	Деятности, насочени към усъвършенстване, занимания в дома и извън него /участия в конкурси, хорове, изложби, спортни прояви и сходни им дейности-уточнени/		до 10 т.
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:			

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

/ЕЛЕНА ПЕРДЖИКОВА/



ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ ОТ БСУ ЗА КЛАСИРАНЕ НА КАНДИДАТА ЗА ПОЛЗВАТЕЛ НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО“

КАТЕГОРИЯ			БРОЙ ТОЧКИ
СЕМЕЙНА СРЕДА	Живее:	с един родител/ приемен родител/ настойник/ попечител	
		с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители	
ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ	Двигателна активност:	може да се движи сам/а	
		частично може да се движи сам/а	
		не може да се движи сам/а	
	Хранене, прием на течности	може да се храни и приема течности сам/а	
		изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а	
		не може да се храни сам/а	
	Поддържане на личната хигиена	може да поддържа личната си хигиена сам/а	
		частично може да поддържа личната си хигиена сам/а	
		не може да поддържа личната си хигиена сам/а	
	Прием на лекарства, лечебни манипулации	приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения	
		приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения	
		приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения	
	Посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.),настаняване в болница	посещава лекар, лечебни процедури, болница без затруднения	
		посещава лекар, лечебни процедури, болница със затруднения	
посещава лекар, лечебни процедури, болница със сериозни затруднения			
Помощни технически средства:	не ползва		
	ползва		
ПСИХО-ЕМОЦИОНАЛНО И СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ	Виждане	вижда	
		частично вижда	
		не вижда /незрящ е/	
	Чуване	чува	
		има намален слух	
		не чува /глух е/	
	Говорене	говори	
		изпитва затруднения да говори	
		не говори	
	Адекватност	адекватност	
		частична неадекватност	
		неадекватност	
	Ориентация	ориентира се	
		изпитва затруднения	
не се ориентира			
Разбиране	разбира		
	изпитва затруднения		
	не разбира		
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – УЧЕБНА ДЕЙНОСТ	Посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация	редовна или вечерна форма на обучение; заочна форма на обучение; индивидуална форма на обучение в дома; индивидуална форма на обучение извън дома; дистанционна форма на обучение.	
		Не посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация	

ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	Деятности, насочени към подобряване здравословното и психоемоционалното състояние		
	Деятности, насочени към усъвършенстване, занимания в дома и извън него /участия в конкурси, хорове, изложби, спортни прояви и сходни им дейности-уточнени/		
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:			

Дата:

Служител от БСУ 1:.....
 /име и подпис/

Служител от БСУ 2:.....
 /име и подпис/

Главен специалист:.....
 /име и подпис/

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЕЛЕН ГЕРДЖИКОВ



**РЕШЕНИЕ ОТНОСНО ПОЛЗВАНЕТО НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА
 „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”**

Комисията за разглеждане на подадените документи за ползване на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, назначена със Заповед №/..... г. на кмета на Столична община:

1. На основание

Реши:

/разрешава / отказва/

на

/имена/

/ЕГН/

ползването на социалната услуга „Асистент за независимо детство”,

тъй като същият/ата на условията, посочени в

/отговаря / не отговаря/

чл..... от НПСУАНЖ.....

2. На основание чл.....от НПСУАНЖ, „Анкета на потребностите” от г. „Предложение на служителите от БСУ за класиране на кандидата за ползвател на социалната услуга „Асистент за независимо детство” отг., наличните документи и в съответствие с „Измерителя на броя точки за класиране на кандидатите за ползватели на социалната услуга „Асистент за независимо детство” (Приложение № 2, т. X към НПСУАНЖ).

Реши: определя на горепосоченото лице следния брой точки за класиране за ползване на социалната услуга „Асистент за независимо детство”

КАТЕГОРИЯ			БРОЙ ТОЧКИ
СЕМЕЙНА СРЕДА	Живее:	с един родител/ приеман родител/ настойник/ попечител	
		с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители	
ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ	Двигателна активност:	може да се движи сам/а	
		частично може да се движи сам/а	
		не може да се движи сам/а	
	Хранене, прием на течности	може да се храни и приема течности сам/а	
		изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а	
		не може да се храни сам/а	
	Поддържане на личната хигиена	може да поддържа личната си хигиена сам/а	
		частично може да поддържа личната си хигиена сам/а	
		не може да поддържа личната си хигиена сам/а	
	Прием на лекарства, лечебни манипулации	приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения	
		приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения	
		приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения	
	Посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.),настаняване в болница	посещава лекар, лечебни процедури, болница без затруднения	
		посещава лекар, лечебни процедури, болница със затруднения	
посещава лекар, лечебни процедури, болница със сериозни затруднения			
Помощни технически средства:	не ползва		
	ползва		
ПСИХО-ЕМОЦИОНАЛНО И СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ	Виждане	вижда	
		частично вижда	
		не вижда /незрящ е/	
	Чуване	чува	
		има намален слух не чува /глух е/	

	Говорене	говори	
		изпитва затруднения да говори	
		не говори	
	Адекватност	адекватност	
		частична неадекватност	
		неадекватност	
	Ориентация	ориентира се	
		изпитва затруднения	
		не се ориентира	
	Разбиране	разбира	
		изпитва затруднения	
		не разбира	
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – УЧЕБНА ДЕЙНОСТ	Посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация	редовна или вечерна форма на обучение; задочна форма на обучение; индивидуална форма на обучение в дома; индивидуална форма на обучение извън дома; дистанционна форма на обучение.	
	Не посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация		
ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	Дейности, насочени към подобряване здравословното и психо-емоционалното състояние		
	Дейности, насочени към усъвършенстване, занимания в дома и извън него /участия в конкурси, хорове, изложби, спортни прояви и сходни им дейности-уточнени/		
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ			

3. Въз основа на Класиране на кандидатите, извършено на....., горепосоченото лице:

- НЕ СЕ ВКЛЮЧВА в социалната услуга

- СЕ ВКЛЮЧВА в социалната услуга, считано от

с определени часа месечно.

Мотиви:.....

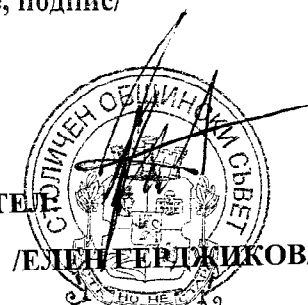
Решението може да бъде обжалвано чрез Комисията по чл. 15 от НПСУАНЖ пред кмета на Столична община в 14-дневен срок от съобщаването му.

Председател на комисията.....

/име, подпис/

Дата:

ПРЕДСЕДАТЕЛ



/ЕЛЕНА ТЕРДЖИКОВ/

**КАРТА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА НЕОБХОДИМИТЕ ЧАСОВЕ ЗА
 ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА
 „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”**

Вземайки предвид индивидуалната „Анкета за потребностите” – Приложение № 2.5 към НПСУАНЖ от г. и наличните документи, Комисията за разглеждане на подадените документи за ползване на социалните услуги „Асистенти 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 25 часа Не може да се храни и приема течности сам/а - до 35 часа	
2. 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	
3. Помощ при прием на лекарства, лечебни манипулации Приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения- 0 часа Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения- до 7 часа Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения- до 10 часа	
4. Помощ за посещения при лекар, лечебни процедури (хемодиализа, химиотерапия и др.), настаняване в болница Посещава лекар, лечебни процедури, болница без затруднения- 0 часа Посещава лекар, лечебни процедури, болница със затруднения- до 20 часа Посещава лекар, лечебни процедури, болница със сериозни затруднения- до 25 часа	
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	БРОЙ ЧАСОВЕ
1. Придружаване до детското заведение/ учебното заведение/ организацията за професионална квалификация 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 в дома - до 20 часа - индивидуална форма на обучение извън дома - до 40 часа - дистанционна форма на обучение - до 20 часа	
2. Занимания за подпомагане подготовката за учебния процес	до 30 часа

3. Занимания за повишаване на социалните и образователните умения	до 30 часа	
4. Други дейности за: - подобряване на здравословното и психо-емоционалното състояние - - усъвършенстване, занимания в дома и извън него /участия в конкурси, хорове, изложби и сходни им дейности-уточнени/	до 30 часа до 20 часа	
5. Игрови занимания и спортна активност	до 30 часа	
ОБЩ БРОЙ ЧАСОВЕ:		

Мотиви:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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:


/ЕЛЕН БЕРДЖИКОВ/

Отчет за извършените дейности от асистента по социалната услуга „Асистент за независимо детство“

от.....
 асистент за независим живот на

.....
 за месец Година

Известна ми е наказателната отговорност, която нося за деклариране на неверни данни по 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

Сума за изплащане

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

ЕЛЕН ГЕРДЖИКОВ

