

ДО

(изм. - Решение № .. по Протокол № .. от .....2016 г.)

**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, както и документ за платена такса за обучението.
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 и психо-емоционалното състояние.
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 ГЕРДЖИКОВ/



## 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

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

**3. Помощни технически средства:**

- не ползва             ползва

Какви:.....

Становище на лицето.....

**IV. СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ**

**1. Комуникация :**

• Виждане

- Вижда
- Частично вижда
- Не вижда /100% слепота съгласно ТЕЛК/

• Чуване

- Чува
- Има намален слух
- Не чува /100% глухота съгласно ТЕЛК/

• Говорене

- Говори
- Изпитва затруднения да говори
- Не говори

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;
- 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:**

Други дейности, насочени към пълноценно участие на ползвателя в икономическия, образователния, социално-културния живот и други такива, насочени към подобряване на здравословното му състояние:

.....

Удостоверено с .....  
/представен документ/

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

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: .....

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

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

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

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

Служител от БСУ 2:.....  
/име и **ПРЕДСЕДАТЕЛ:**  
**ЕЛЕН ГЕРДЖИКОВ/**