

Вх.№/дата.....

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА ДЪЛГОПОЛ

ЗАЯВЛЕНИЕ
за ползване на социални услуги

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

Желая да ползвам социални услуги, предоставяни от община Дългопол

Данни на кандидата:

.....
.....

(изписват се трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугата)

ЕГН; Възрастгодини; Пол ☐ Ж / ☐ М

Лична карта №, издадена от,
на гр.;

адрес: гр.(с) ж.к.
ул. №, бл., вх., ет., ап.,

телефон/и:

Експертно решение на ТЕЛК/ДЕЛК/НЕЛК(ако е приложимо) №/дата

срок до:

Вид и степен трайно намалена работоспособност/увреждане(в проценти)

от
(трите имена на упълномощено лице, подаващо заявлението)

Данни на законния представител на кандидата:

.....
(трите имена на родителя на детето, настойника или попечителя)

ЕГН лична карта №
издадена от на гр.;

адрес: гр.(с) ж.к.
ул. №, бл., вх., ет., ап.,

телефон/и:

Заявявам, че вследствие на тежко увреждане, което удостоверявам с копие от ЕР на ТЕЛК/ДЕЛК/НЕЛК, се нуждаю от помощ при обслужването си за извършване на ежедневни дейности и организиране на свободното ми време. По тази причина желая да ползвам услуги предоставяни от община Дългопол.

- „, социална услуга в общността ЦСРИ ☐
/Рехабилитатор, Психолог, Логопед, Трудотерапевт/

Декларирам, че:

1. Не ползвам същите услуги по програми,финансирани по други източници.
2. Съм съгласен/на да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват подкрепа в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили.
3. При промяна на условията, посочени по-горе, се задължавам в едномесечен срок да уведомя длъжностните лица в Община Дългопол.

Прилагам следните документи:

- документ за самоличност (за *справка*); за дете - удостоверение за раждане (за *справка*)
- документ за самоличност на законния представител – родител, настойник, попечител (за *справка*)
- експертно решение на ТЕЛК/ДЕЛК/НЕЛК (*копие*)
- документ, определящ конкретното лице за настойник или попечител на кандидата за услугата (*копие*) /ако е приложимо/
- Медицински документ от лекар за вида на медицинска рехабилитация – за услугата ЦСРИ
- пълномощно (*свободен текст*), за лице, което да подаде заявлението от името на кандидата - *когато не се подава лично*
- Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:

Декларатор:
(*подпис*)

Лице, приело заявлението:
(*име, подпис*)