*Приложение 1*

Вх. № ............../........................

**ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБЩИНА АПРИЛЦИ**

**З А Я В Л Е Н И Е – Д Е К Л А Р А Ц И Я**

за ползване на социалната услуга „Асистентска подкрепа“

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

*(име, презиме и фамилия на лицето, кандидат за* ***потребител*** *на услугата)*

ЕГН ………………........................, лична карта №...................................., изд. на……………...… от МВР – гр. .............................................., настоящ адрес: гр.(с)………………………………… ж.к................................................, ул. .................................................................................. №……, бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. ................, телефон/и:…………………………………………

чрез .............................................................................................................................................................

*(име, презиме и фамилия на упълномощено лице/законен представител)*

ЕГН ………………........................, лична карта №...................................., изд. на……………...… от МВР – гр. .............................................., настоящ адрес: гр.(с)………………………………… ж.к................................................, ул. .................................................................................. №……, бл. ........., вх. ........, ет. ....... , ап. ................,телефон/и:…………………………………………

1. С настоящото заявявам желание да ползвам социалната услуга „Асистентска подкрепа”, тъй като съм:

 🞎лице в надтрудоспособна възраст в невъзможност за самообслужване и нямам определена по съответния ред степен на намалена работоспособност;

 🞎дете с трайно увреждание с определена чужда помощ

 🞎 пълнолетно лице с трайно увреждане с определена чужда помощ

2. Декларирам, че:

2.1. Съм съгласен/а да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват „Асистeнтска подкрепа” по начин, който предварително сме уговорили.

2.2 Към момента на кандидатстването **🞎** ползвам / **🞎** не ползвам асистентска подкрепа по реда на Закона за социалните услуги, помощ за осигуряване на асистентска подкрепа или грижа в домашна среда по реда на друг закон, по национални програми или по програми, финансирани от други източници или по друг ред.

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

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

2.3. Към момента на кандидатстването 🞎 получавам/🞎 не получавам месечна помощ по реда на чл. 8д, ал. 1, във връзка с чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейните помощи за деца, като при промяна на декларираното обстоятелство се задължавам да уведомя Община Априлци своевременно.

**Прилагам следните документи:**

1. документ за самоличност на кандидата за потребител или на упълномощеното лице/законния представител (*за справка*);

2. нотариално заверено пълномощно (*в случай че документите не се подават лично от кандидата за потребител*).

3. медицински документи *(ЕР на ТЕЛК/НЕЛК, ЛКК, епикриза и др.* *документи, доказващи невъзможност за самообслужване - копие)*

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

Декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, които предоставям във връзка с изпълнение на заявената от мен административна услуга, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС)2016/679(GDPR)

Заявител/упълномощено лице/законен представител:

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

 *(име и фамилия) ( подпис) (дата)*

Заявлението-декларация е прието и проверено от:

…………………………………………………………………………………………….

*(име, фамилия, длъжност)*

*Дата: ……………… Подпис: …………………*