**Приложение 1**

**Вх.№………………………………..**

**ДО**

**КМЕТА НА**

**ОБЩИНА РУСЕ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за включване**

**в проект** *„***Независим живот в Звено за услуги в домашна среда – Русе“,**

**по договор BG05М9ОР001-2.002.0120-С001, финансиран по схема за безвъзмездна помощ BG05М9ОР001-2.002 “Независим живот“**

От……………………………………………………………………………………..........................

*/трите имена по документ за самоличност на* ***потребителя****/*

ЕГН ……………..…..…. лична карта № ..........................., издадена от МВР-гр……........................

на ...................., Адрес: гр.(с) ………………..….…ул.…......................................., общ.Русе,

обл.Русе, телeфон:………………………………….…

**Чрез**

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

*(име, презиме, фамилия)*

ЕГН ………………..……......... лична карта № ...........................................................................

издадена от .......................................... на ............................ гр. ...................................................

Адрес: гр.(с) ……………………….…….......................................................................................

ж.к. …………………….. ул. ……………………………. № ……. бл. .......................................

вх. ……. , ет. …… , ап. ……., тел: ……………………………………

чийто законен представител съм[[1]](#footnote-1) - настойник/попечител/пълномощник/.

/*подчертай вярното твърдение*/

Заявявам, че се нуждая от:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Помощ при извършване на ежедневни дейности и организиране на свободното време** | ДА | НЕ |
| **2** | **Мобилна рехабилитация в дома от рехабилитатор** | ДА | НЕ |
| **3** | **Мидицински услуги от медицинскa сестра** | ДА | НЕ |
| **4** | **Психологическа подкрепа от психолог** | ДА | НЕ |
| **5** | **Личен асистент /ЛА/** | ДА | НЕ |
| **6** | **Домашен помощник /ДП/** | ДА | НЕ |

**Забележка: ЛА/ДП** предоставят почасови услуги за лична помощ в дома на потребителя, в това число и дейности за социална подкрепа и социално включване.

**Запознат/а съм с условията за предоставяне на социалната услуга и ДЕКЛАРИРАМ:**

**Семейно положение:**

Съпруг /а/ ........................................................................... ЕГН...............................................

с настоящ адрес:гр./с./...............................................област...................................................................

Община.....................................ж.к./кв......................................................................................................

Ул. ................................................................№............., бл. ........., вх. ......., ет. ......., ап. ......................

Социална група на съпруг/а/ / пенсионер, работещ, учащ/ .................................................................

Здравословно състояние на съпруг/а/ /🞎 здрав; 🞎 с ЛКК; 🞎 с ТЕЛК/НЕЛК/ ........................

**Принадлежа към следната социална група:**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 работещ | 🞎 безработен |
| 🞎 пенсионер | 🞎 неосигурен |
| 🞎 други | 🞎 учащ се |
|  |  |

**Здравословното ми състояние е:**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 здрав | 🞎 с ЛКК |
| 🞎 с ТЕЛК/НЕЛК |  |
| 🞎 над 90 % с ЧП | 🞎 над 90 % |
| 🞎 от 71 % до 90 % | 🞎 от 50 % до 70,99 % |

Забележка: Отбелязвайте правилния отговор с кръстче в квадратчетата.

**Социална среда и интереси**

a) Взаимоотношения със семейството

Живея: сам 🞎 със съпруг/а 🞎 деца 🞎 родственици 🞎

Семейството ми помага: Не 🞎 Да 🞎

По какъв начин: с пари 🞎 с храна 🞎 при пазаруване 🞎 хигиената на къщата 🞎

Член от семейството му (в трудоспособна възраст), който не работи, за да полага грижи за него

да 🞎 не 🞎

Взаимоотношенията с членовете на семейството са:

добри 🞎 проблемни 🞎 не поддържат контакт 🞎

б) Взаимоотношения с приятели, съседи: добри 🞎 проблемни 🞎 не поддържат контакт 🞎

Оказват помощ: при пазаруване 🞎 домашните дейности 🞎 социални контакти 🞎

**ІV. Оценка на медико-социалното състояние** **на кандидат-потребителя**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Оценка** | **Не** | **Частично** | **Да** |
| **Двигателни функции** |  |  |  |
| 1. Подвижен |  |  |  |
| 2. Движение в жилището |  |  |  |
| 3. Ползва технически помощни средства |  |  |  |
| **Комуникация** |  |  |  |
| 1. Вижда |  |  |  |
| 2. Чува |  |  |  |
| 3. Говори |  |  |  |
| **Умствени функции** |  |  |  |
| 1. Памет |  |  |  |
| 2. Ориентация |  |  |  |
| 3. Адекватност |  |  |  |
| **Зависимости** |  |  |  |
| 1. Алкохол |  |  |  |
| 2. Тютюнопушене |  |  |  |
| 3. Медикаменти |  |  |  |
| 4. Наркотични вещества |  |  |  |
| **Оценка** | **Не** | **Частично** | **Да** |
| **Дейности от ежедневния живот** |  |  |  |
| 1. Хранене, пиене |  |  |  |
| 2. Поддържане на личната хигиена |  |  |  |
| 3. Обличане, събличане |  |  |  |
| 4. Възможност за ползване на тоалетна |  |  |  |
| **Поддържане на домакинството** |  |  |  |
| 1. Почистване на дома |  |  |  |
| 2. Приготвяне на храната |  |  |  |
| 3. Пазаруване |  |  |  |
| 4. Пране на дрехи |  |  |  |
| 5. Приемане на лекарства |  |  |  |
| 6. Самостоятелно плащане на данъци, такси, комунално-битови услуги, други |  |  |  |
| **Социална активност** |  |  |  |

**V. Необходими медицински, рехабилитационни и психологически услуги, помощ и подкрепа**

*(Установена необходимост от помощ и подкрепа при извършване на медицински и рехабилитационни манипулации, психологична помощ и подкрепа за проследяване на важни жизнени показатели, емоционални състояния и др.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ по ред** | **Вид на помощта, манипулацията, подкрепата** | **Желание за ползване** | **Времетраене на процедурата – минути, час/ове** |
| 1 | Прием на лекарства | **ДА / НЕ** |  |
| 2 | Поставяне на инсулин и инжекции | **ДА / НЕ** |  |
| 3 | Помощ при епилептични припадъци | **ДА / НЕ** |  |
| 4 | Инхалации и кислородна терапия | **ДА / НЕ** |  |
| 5 | Обработка на рани от диабет, декубитус, разширени вени, гангрена и др. | **ДА / НЕ** |  |
| 6 | Проследяване на жизнени показатели (пулс, RR, телесна температура) | **ДА / НЕ** |  |
| 7 | Рехабилитационни процедури | **ДА / НЕ** |  |
| 8 | Психологическа помощ и подкрепа | **ДА / НЕ** |  |
| 9 | Други дейности – опишете:  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ……………………………………………….. |  |  |

**Доходите на мен, семейството и съжителстващите с мен лица през предходния месец са общо………лв., в това число от:**

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

**През последния месец съм получил/а/ обезщетения и помощи на основание:**

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

(от къде е получено обезщетението или помощта, нормативно основание)

**Информиран/а съм и декларирам, че:**

1. Не ползвам същите услуги по програми, финансирани от други източници. Да/Не
2. Съм информиран/а, че за включването ми в проекта е необходимо да бъде извършена социална анкета от служител на Община Русе на посочения от мен адрес.
3. Давам съгласието си данните в заявлението да се ползват от Община Русе.
4. Давам писменото си съгласие Община Русе да извърши проверка на декларираните от мен по-горе обстоятелства.
5. Съм информиран/а, че услугите, за които кандидатствам се финансират със средства по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г. **по Проект „Независим живот в Звено за услуги в домашна среда – Русе“ с Договор: № BG05M9OP001-2.002-0120-С001** по Схема за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-2.002 „Независим живот”.

**ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:**

1. Документ за самоличност /копие/;
2. За дете - удостоверение за раждане (*копие*);
3. Документ за самоличност на законния представител – родител, настойник, попечител (*за справка*);
4. Експертно решение от ТЕЛК / НЕЛК /копие/;
5. Медицински документи – протокол на ЛКК, епикризи, ЛАК /копия/, актуална епикриза и др. (*копие*);
6. Социална оценка от Дирекция „Социално подпомагане“ – Приложение № 1;
7. Пълномощно, удостоверение за настойничество/попечителство;
8. Други документи – при необходимост

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Дата: ....................2016 г. Потребител: 1) …………………………………...

*/.........................................................../*

Настойник/попечител/Упълномощено лице: 2) ………………………………………..

*/...............................................-*

*съгласно пълномощно от ........................................................../*

Име, фамилия, позиция по проекта и подпис на лицето, приело заявлението:

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

Дата: ………………………………

1. Попълва се, ако е приложимо. [↑](#footnote-ref-1)