Вх. №.....
.....г.

ДО
ДИРЕКТОРА НА ДИРЕКЦИЯ
„СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ"
.....

Приложение № 9 към чл. 40, ал. 1, т. 1 от ППЗСП

МОЛБА

за ползване на социални услуги, делегирани от държавата дейности

От .....

с постоянен адрес: гр. (с.)..... община .....

ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. ....., тел. .....

ЕГН ....., № л. к. ....., издадена от МВР .....

на....., тел. за връзка....., настойник на .....

.....

с настоящ адрес: гр. (с.)..... община .....

ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. ....., тел. .....

ЕГН ....., № л. к. ....., издадена от МВР .....

на ....., тел. за връзка .....

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Желая да ползвам .....следните социални услуги:
/краткосрочно и/или дългосрочно/

.....

.....

.....
/посочват се вид и адрес на избраните специализирани институции или социални услуги в общността/

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. документ за самоличност за справка;
2. копие от личен амбулаторен картон, (ако има такъв);
3. копие от решение на ЛКК, ТЕЛК, НЕЛК, (ако има такова);
4. декларация за семейно положение, доходно и имуществено състояние;
5. медицинско удостоверение от общопрактикуващ лекар за общо здравословно състояние;
6. медицинска характеристика на кандидат-потребителя за ползване на социални услуги в общността /специализирана институция от лекар-психиатър;
7. удостоверение за декларирани данни от Териториална дирекция „Приходи и администриране на местни данъци и такси";
8. копие от съдебно решение за поставяне под запрещение (ако има такова);
9. копие от удостоверение от органа по настойничество и попечителство (ако лицето е поставено под запрещение);
10. две снимки (за специализирани институции).

Дата: .....

Гр. /с./ .....

.....
/подпис на лицето или настойника/

.....
/ подпис на попечител /

Печат "БА" АД - гр. Плевен, тел. 064/64-67-74

Д Е К Л А Р А Ц И Я

Долуподписаният/та..... ЕГН.....,

лк. № ....., издадена от ..... на .....

Д Е К Л А Р И Р А М:

Съгласен/а съм Агенцията за социално подпомагане и нейните териториални поделения да съхраняват и обработват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с получаване на парични и други помощи и интеграционни добавки съгласно: Закона за социално подпомагане, Закона за интеграция на хората с увреждания и Закона за семейни помощи за деца, както и актове по прилагането им.

Запознат/а съм с:

- целта и средствата на обработка на личните ми данни;
- доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;
- правото на достъп и на коригиране на събраните данни;
- наименованието и адреса на териториалното поделение на Агенцията за социално подпомагане, както и името и длъжността на обработващия данните му/й служител.

С настоящата декларация, на основание чл. 4, ал. 1, т. 1 от Закона за защита на личните данни декларирам изрично своето съгласие за обработка на личните ми данни и предоставянето им на обслужващия банков клон в качеството му на изпълнител по договор за изплащане на социални помощи или интеграционни добавки, чрез дебитни карти, както и при необходимост и на други органи, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

Дата: .....

Гр./ с. .....

ДЕКЛАРАТОР: .....

Печат "БА" АД - гр. Плевен, тел. 064/64-67-74

Приложение № 2 (Към Заповед № РД 01-864 от 18.08.2011 г.)

ДЕКЛАРАЦИЯ

ЗА СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ, ФИНАНСОВО И ИМУЩЕСТВЕНО СЪСТОЯНИЕ НА ЛИЦА, КАНДИДАТСТВАЩИ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ

От .....ЕГН.....
с постоянен адрес; гр, (с.)..... община .....
област..... , ж. к./кв .....
ул..... № ..... бл. ..... вх ..... ет..... ап ..... тел .....
№ л. к. ..... издадена от МВР..... на .....

Настойник на .....ЕГН .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... община .....
област..... ж. к./кв .....
ул..... № ..... бл. .....вх ..... ет. ..... ап ..... тел .....
№ л. к. ..... издадена от МВР..... на .....

ДЕКЛАРИРАМ:

I. СЕМЕЙСТВОТО МИ СЕ СЪСТОИ ОТ:

1. Съпруг /а/ ..... ЕГН.....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... община .....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....
Социална група /пенсионер, работещ, учащ/ .....

2. Деца:

2.1. Деца до 18 годишна възраст:

а) ..... ЕГН .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... община.....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

б) ..... ЕГН .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... община.....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

2.2. Деца над 18 годишна възраст:

а) ..... ЕГН .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... община.....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

Социална група / пенсионер, работещ, учащ/ .....

б) ..... ЕГН .....
с настоящ адрес: гр. (с.)..... община.....
ул. ....., № ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....
Социална група / пенсионер, работещ, учащ/ .....

II. ДОХОДИТЕ МИ СА ОТ:

1. Пенсия ..... лв.
2. Наеми..... лв.

Печат „БГ" АД - гр. Плевен, тел. 064/84-67-74

3. Рента..... лв.
4. Влогове, вземания, дялови участия и ценни книжа-общо..... лв.
5. Други..... лв.

III. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ДАННИ:

*** раздел III се попълва само от лицата, кандидатстващи за специализирана институция или социална услуга резидентен тип.**

**** Отбележете със заграждане или подчертаване вярното.**

Притежавам (не притежавам) собствено (съсобствено) жилище находящо се: .....
.....

Притежавам (не притежавам) земеделска земя.....дка, находяща се в землището на община:.....

Сключил(а) съм договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане / ДА / НЕ

дата на изповядване на сделката /...../
сума на извършената сделка /...../
№ на нотариален акт /...../

Прехвърлил(а) съм срещу заплащане собствеността върху недвижим имот и/или идеални части от него през последните 5 години / ДА / НЕ

дата на изповядване на сделката /...../
сума на извършената сделка /...../
№ на нотариален акт /...../

Прехвърлил(а) съм чрез договор за дарение собствеността върху недвижим имот и/или идеални части от него през последните 5 години / ДА / НЕ

дата на изповядване на сделката /...../
сума на извършената сделка /...../
№ на нотариален акт /...../

Имам/Нямам издадена дебитна карта от ..... с налични парични средства в размер на ..... лв.

Давам писменото си съгласие директорът на дирекция „Социално подпомагане" .....
..... да извърши проверка на декларираните от мен данни / ДА / НЕ

Длъжен(а) съм при промяна в декларираните от мен данни да уведомя писмено директора на дирекция „Социално подпомагане"..... в 7- дневен срок от промяната.

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЯРНО ВПИСАНИ ДАННИ В НАСТОЯЩАТА ДЕКЛАРАЦИЯ, НОСЯ ИМУЩЕСТВЕНА ОТГОВОРНОСТ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА НАНЕСЕНИТЕ ЩЕТИ ОТ НЕПРАВИЛНО ОПРЕДЕЛЕНИ ТАКСИ.

Дата:..... Декларатор: .....
/подпис на лицето или настойника/

Град: ....
/ подпис на попечителя /

Декларацията е приета и проверена от:

.....
(трите имена, длъжност)

Дата; ..... Подпис:.....

Печат "ЕА" АД - гр. Плевен, тел. 064/64-67-74

изх. № .....

МЕДИЦИНСКО УДОСТОВЕРЕНИЕ
ЗА ОБЩО ЗДРАВОСЛОВНО СЪСТОЯНИЕ

/за ползване на социални услуги в общността или настаняване в специализирана институция/

Долуподписаният д-р .....
при .....

Издавам настоящото медицинско удостоверение на:

.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН ..... адрес: .....

/област, община, град (село), /ул. №, ж.к., бл., вх., ап./

л.к.№ ..... издадена от МВР ..... на ..... г.

МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЯ

ЕР на ТЕЛК №...../.....
Водеща (основна диагноза по ЕР на ТЕЛК) .....
Общи заболявания .....
.....
.....

I. СОМАТИЧЕН СТАТУС:

1. Пол .....
2. Възраст .....
3. Общо състояние .....
   - подвижност .....
4. Съпътстващи заболявания .....
5. Хирургичен статус .....
6. Хранене и диета .....
7. Наличие на алергии .....
8. Имунизации и наблюдение .....

II. НЕВРОЛОГИЧЕН СТАТУС

1. Сетивност /слух, зрение/ .....
   .....
2. Мускулен тонус .....
3. Рефлекси .....
4. Контрол на тазови резервоари .....

III. ПСИХИЧЕН СТАТУС

1. Психомоторика .....
2. Говор .....
3. Ориентация .....
4. Навици и поведение .....

.....
.....

Има ли данни за злоупотреба с алкохол, наркотични вещества и др.
.....

Печат © ЕА "АД - гр. Плевен, тел. 064/64-67-74

Има ли данни за наличие на мании / вид /

Има ли данни за проява на агресия /суицид, хомицид и др./

5. Социална вградимост / в зависимост от вида и степента на заболяването, какви могат да бъдат очакваните резултати при самообслужване, личен тоалет, комуникация, поведение и др./

IV.РЕХАБИЛИТАЦИЯ

V. ЛИЧНА ХИГИЕНА

Лицето е подходящо за ползване на социални услуги в общността / ДА / НЕ

а) Дневен център:
- – Дневен център за възрастни хора с увреждания
- – Дневен център за възрастни хора с увреждания – седмична грижа
- – Дневен център за стари хора

б) Център за социална рехабилитация и интеграция

в) Център за временно настаняване

г) Социален учебно-професионален център

д) Център за настаняване от семеен тип
- – Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с психични разстройства или деменция
- – Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с физически увреждания
- – Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с умствена изостаналост
- – Център за настаняване от семеен тип за стари хора

е) Преходно жилище

ж) Защитено жилище

-. Защитено жилище за хора с психични разстройства

-. Защитено жилище за хора с умствена изостаналост

- Защитено жилище за хора с физически увреждания

з) Наблюдавано жилище.

Лицето е подходящо за настаняване в специализирана институция / ДА / НЕ

а) Дом за възрастни хора с умствена изостаналост;

б) Дом за възрастни хора с психични разстройства;

в) Дом за възрастни хора с физически увреждания;

г) Дом за възрастни хора със сетивни нарушения;

д) Дом за възрастни хора с деменция;

е) Дом за стари хора.

Общопрактикуващ лекар:.....

/Подпис и печат/

Печат ЕА АД - гр. Пловдив, тел. 064/64-67-74