|  |  |
| --- | --- |
| О ОБРАЗЕЦ № 1 към чл. 20, ал.1 от ЗХУ, утвърден със Заповед № РД01-1208/07.07.2022 г. на Изпълнителния директор на Агенцията за социално подпомагане |  |

ДО

ДИРЕКТОРА НА ДИРЕКЦИЯ

„СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ“

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

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

за изготвяне на индивидуална оценка на потребностите

|  |
| --- |
| по чл. 20, ал. 1 от Закона за хора с увреждания  от .......................................................................……………………………………...…………………………………………….......……….. |
| *(име, презиме, фамилия на лицето с увреждане или декларатора)* |
| ЕГН/ЛНЧ ……………..........................................................., |
|  |
| настоящ адрес: ………………………………………………………………………………………………..……………………………….  *(попълва се само от лицето с увреждане)* |
| В качеството ми на …………...................................................................……………………………………….....…………………………  *(упълномощено лице, родител (осиновител), настойник или попечител; член на семейството, при което е настанено дете с увреждане по чл. 26 от Закона за закрила на детето, ръководител на социална или интегрирана здравно-социална услуга за резидентна грижа, която ползва дете с увреждане,* *директора на дирекция "Социално подпомагане" при самосезиране)*  на……………………………………....................................................…………………………......................................................................  (*име, презиме, фамилия на лицето/детето/ с увреждане*)  ЕГН/ЛНЧ …………………………………………………………………,  настоящ адрес: ……………………………………………………………………………………………………………..…………………. |
|  |

Желая да ми бъде изготвена индивидуална оценка на потребностите, заявени във формуляр за самооценка.

ДЕКЛАРИРАМ ОТ СВОЕ ИМЕ/ ОТ ИМЕТО НА ЛИЦЕТО С УВРЕЖДАНЕ:

І. Определен е процент на вид и степен на увреждане/степен на трайно намалена работоспособност. …......................….............ДА/НЕ

1. ЕР на ТЕЛК/НЕЛК №……………………..……….. със срок до ……….………………….………………………………………………..

2. Медицински протокол на ЛКК № ………….……….………………, издаден от:…………………………………………………………..

3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Желая отпуснатата финансова подкрепа да ми бъде преведена:

• по касов път чрез ТП на „Български пощи“ ЕАД/пощенски код....................................................................................................... ДА/НЕ

• по банков път............................................................................................................................................................................................ДА/НЕ

Банкова сметка №

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Банка..................................................................................

Банков клон.........................................................................................................................

Титуляр:................................................................................................................................................................................................................;

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ:

• за вписване на неверни данни в това заявление-декларация и във формуляра за самооценка нося наказателна и гражданска отговорност;

• недобросъвестно получени средства подлежат на възстановяване заедно с лихвата по реда за събиране на държавните вземания.

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. Документ за самоличност (за справка);
2. Попълнен формуляр за самооценка на човека с увреждане за затруднения в домашни условия и извън тях, по образец;
3. Медицински документи или ЕР на ТЕЛК/НЕЛК (ЛКК или копие на влязло в сила експертно решение, ако същото не е налично в ДСП);
4. Копие от настанителна заповед или договор за наем - *само за случаите по чл. 72, т. 5 от ЗХУ*;
5. Нотариално заверено пълномощно (копие) *- само за упълномощено лице;*

Уведомен/а съм, че дирекция „Социално подпомагане“ може да поиска представянето на:

* копие от Съдебно решение или административен акт, само в случай, че тази информация не може да бъде установена/получена по служебен път*;*
* други документи при необходимост*.*

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(дата и подпис на лицето, подало заявлението-декларация)* |
| Заявлението-декларация е прието и проверено от:  ........................................................................................................................................................................................................................................  *(име, фамилия, длъжност)*  Дата: ...................................                                                                      Подпис: ....................................................... |