



ОБЩИНА СТРАЛДЖА, ОБЛАСТ ЯМБОЛ
гр. Стралджа, ул. "Хемус" №12, тел. 04761/64-64, факс: 64-65
e-mail: obshtina@straldzha.bg

Приложение № 1 към чл. 2, ал. 2

**ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СТРАЛДЖА**

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

**за включване в механизма лична помощ
по реда на Закона за личната помощ**

ОТ,
(име, презиме, фамилия на лицето с трайно увреждане)

ЕГН/ЛН/ЛНЧ/служебен номер:,

постоянен адрес:,
(населено място, ПК, улица, №, ж.к., бл., ет., ап.)

настоящ адрес:,
.....
(попълва се, когато не съвпада с постоянния - населено място, ПК, улица, №, ж.к., бл., ет., ап.)

телефон:,

електронен адрес:,
чрез :,
.....
(име, презиме, фамилия на упълномощено лице/законен представител)

ЕГН/ЛН/ЛНЧ/служебен номер:,

постоянен адрес:,
(населено място, ПК, улица, №, ж.к., бл., ет., ап.)

настоящ адрес:,
.....
(попълва се, когато не съвпада с постоянния - населено място, ПК, улица, №, ж.к., бл., ет., ап.)

телефон:,

електронен адрес:

ЖЕЛАЯ ДА МИ БЪДЕ ПРЕДОСТАВЕНА ЛИЧНА ПОМОЩ, КАТО:

I. Ще ползвам броя на определените часове в направлението по чл. 25, ал. 2 от Закона за хората с увреждания:

◆ Да/ Не

(в случаите на отговор "не" се посочва конкретен брой часове за лична помощ, който не може да бъде по-голям от определения брой часове в направлението)

Ще ползвам брой часове за лична помощ месечно:

II. Избирам за асистент/асистенти следното лице/следните лица:

.....,

(име, презиме, фамилия на лицето, което ще предоставя лична помощ)

(Добавят се толкова редове, колкото са необходими в зависимост от броя на избраните от човека с трайно увреждане асистенти)

ЕГН/ЛН/ЛНЧ/служебен номер:,

постоянен адрес:,

.....,

(населено място, ПК, улица, №, ж.к., бл., ет., ап.)

настоящ адрес:,

(попълва се, когато не съвпада с постоянния - населено място, ПК, улица, №, ж.к., бл., ет., ап.)

телефон:,

електронен адрес,

¹Избирам за асистент-заместник/заместници следното лице/следните лица:

.....,(и

ме, презиме, фамилия на лицето, което ще предоставя лична помощ)

(Добавят се толкова редове, колкото са необходими в зависимост от броя на избраните от човека с трайно увреждане асистент-заместници)

ЕГН/ЛН/ЛНЧ/служебен номер:.....,

постоянен адрес:,

.....,

(населено място, ПК, улица №, ж.к., бл., ет., ап.)

настоящ адрес:.....,

.....,

(попълва се, когато не съвпада с постоянния - населено място, ПК, улица №, ж.к., бл., ет., ап.)

телефон:,

електронен адрес:

¹ Приложимо за случаите на отсъствие на асистента, предоставящ личната помощ.

III. ¹Даване на съгласие:

Безусловно давам своето съгласие:

1.
(цифром и словом) лв. от месечната помощ по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейни помощи за деца (в размер до 380 лв.)² да се преведат от Агенцията за социално подпомагане по бюджета на общината след започване на изпълнението по сключения трудов договор с асистента.
(Конкретният размер на средствата от месечната помощ за отглеждане на дете с трайно увреждане, предоставена по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейни помощи за деца, за заплащане на отработените часове по механизма лична помощ се определя, като средствата по чл. 31 от Закона за личната помощ се умножат по заявените в раздел I брой часове месечно.)

Подпис:

.....

(име и фамилия на родителя/осиновителя)

2. Пълният размер на добавката³ за чужда помощ по чл. 103 от Кодекса за социално осигуряване (КСО), която ми е отпусната от Националния осигурителен институт (НОИ), да се превежда от НОИ в пълен размер на Агенцията за социално подпомагане след започване на изпълнението по сключения трудов договор с асистента. Въз основа на съгласието Агенцията за социално подпомагане да превежда съответните средства по бюджета на общината.

Подпис:

.....

(име и фамилия на заявителя/
упълномощеното лице/законния представител)

IV. Декларирам, че:

1. Посочените обстоятелства отговарят на фактичестката обстановка.

2. Съгласен съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват подкрепа в извършването на ежедневни и други дейности по начин, който предварително сме уговорили.

3. Получавам добавка за чужда помощ по чл. 103 от Кодекса за социално осигуряване.

Да/ Не

4. Ползвателят на личната помощ е човек с трайно увреждане, за когото се получават месечни помощи по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейни помощи за деца (ЗСПД).

Да/ Не

5. Няма да получавам друга подкрепа за задоволяване на същите потребности за периода, за който кандидатствам.

6. Към момента:

ползвам/ не ползвам сходни социални услуги по други дейности или друга подкрепа за задоволяване на същите потребности по програма/проект/схема, произлизаща от националния бюджет, бюджета на Общността или друга донорска програма.

Уточнете

.....

(вписват се данни за срока, вида, източника на финансиране и времетраенето на услугата/подкрепата, която се ползва, когато е приложимо)

V. Известно ми е, че:

1. От първо число на месеца, в който започне изпълнението на трудовия договор с асистента, сумата за добавката за чужда помощ по чл. 103 от КСО няма да бъде изплащана от НОИ към личната ми пенсия, а ще бъде превеждана директно на Агенцията за социално подпомагане.
2. От първо число на месеца посоченият размер по раздел III, т. 2 от месечната помощ по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от ЗСПД няма да ми бъде изплащан от Агенцията за социално подпомагане.
3. При промяна на всяко декларирано обстоятелство в настоящото заявление-декларация съм длъжен да уведомя доставчика на лична помощ в 7-дневен срок от настъпването на промяната.
4. Доставчикът на лична помощ съгласно чл. 18 от Закона за личната помощ може да ми предложи асистент, ако не съм посочил такъв.
5. Доставчикът на лична помощ съгласно чл. 18 от Закона за личната помощ може да ми поиска представянето на информация, в случай че същата не може да бъде установена/ получена по служебен път.
6. За декларирани неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.
7. Съгласен съм администраторът на лични данни по смисъла на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 и в съответствие с политиката си за поверителност да обработва, търси, получава и/или предоставя личните ми данни от/на други институции и организации с цел ползване на механизма лична помощ.

VI. Прилагам следните документи:

1. Документ за самоличност (за справка).
2. Направление за ползване на механизма лична помощ с определен брой часове месечно, издадено от дирекция "Социално подпомагане"

.....

3. Други документи

.....

(име и фамилия на заявителя/упълномощеното лице/законния представител)

Дата:

Подпис:

Заявлението-декларация е прието и проверено от:

.....

(име, фамилия, длъжност)

Дата:

Подпис:

¹ Заявителят/упълномощеното лице/законният представител дават съгласие за преотстъпване на съответните средства в случаите, когато ползвателят на лична помощ получава добавка за чужда помощ по чл. 103 от КСО и месечна помощ по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от ЗСПД, за заплащане на положения труд от асистента.

² Попълва се само в случаите, когато ползвател на лична помощ е човек с увреждане, за когото се получават месечни помощи по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от ЗСПД.

³ Попълва се само в случаите, когато ползвателят на лична помощ получава добавка за чужда помощ по чл. 103 от КСО.