|  |
| --- |
| **Приложение № 1** към [чл. 2, ал. 2](apis://Base=NARH&DocCode=84414&ToPar=Art2_Al2&Type=201) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **ДО** | | **КМЕТА НА ОБЩИНА СЛИВЕН** | |  | | **ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ** | | **за включване в механизма лична помощ по**  **реда на Закона за личната помощ** | | от .........................................................................................................................................., | | *(име, презиме, фамилия на лицето с 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. Избирам за асистент следното лице:**  ................................................................................................................................................ | | *(име, презиме, фамилия на лицето, което ще предоставя лична помощ)* | | 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 ................................................................................. | | **II. 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](apis://Base=NARH&DocCode=40162&ToPar=Art8д_Al5_Pt2&Type=201/) (в размер до 380 лв.)2 да се превеждат 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*](apis://Base=NARH&DocCode=40162&ToPar=Art8д_Al5_Pt2&Type=201/)*, за заплащане на положения труд по механизма лична помощ се определя, като часовата ставка по* [*чл. 31 от Закона за личната помощ*](apis://Base=NARH&DocCode=42568&ToPar=Art31&Type=201/) *се умножи по определените в направлението брой часове.)* | | Подпис: .................................................................................... | | *(име и фамилия на родителя/осиновителя)* | | 2. Пълният размер на добавката3 за чужда помощ по [чл. 103 от Кодекса за социално осигуряване](apis://Base=NARH&DocCode=2016&ToPar=Art103&Type=201/) (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)* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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](apis://Base=NARH&DocCode=2016&ToPar=Art103&Type=201/) и месечна помощ по [чл. 8д, ал. 5, т. 2 от ЗСПД](apis://Base=NARH&DocCode=40162&ToPar=Art8д_Al5_Pt2&Type=201/), 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](apis://Base=NARH&DocCode=40162&ToPar=Art8д_Al5_Pt2&Type=201/). | | 3 Попълва се само в случаите, когато ползвателят на лична помощ получава добавка за чужда помощ по [чл. 103 от КСО](apis://Base=NARH&DocCode=2016&ToPar=Art103&Type=201/).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **III. Декларирам, че:** | | 1. Посочените обстоятелства отговарят на фактическата 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](apis://Base=NARH&DocCode=2016&ToPar=Art103&Type=201/). | | □ Да/□ Не | | 4. Ползвателят на личната помощ е човек с увреждане, за когото се получават месечни помощи по [чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейни помощи за деца](apis://Base=NARH&DocCode=40162&ToPar=Art8д_Al5_Pt2&Type=201/) (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 прoграма/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)* | | **IV. 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](apis://Base=NARH&DocCode=2016&ToPar=Art103&Type=201/) 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 II, т. 2 от месечната помощ по [чл. 8д, ал. 5, т. 2 от ЗСПД](apis://Base=NARH&DocCode=40162&ToPar=Art8д_Al5_Pt2&Type=201/) 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, ал. 1](apis://Base=NARH&DocCode=42568&ToPar=Art18_Al1&Type=201/) и [2 от Закона за личната помощ](apis://Base=NARH&DocCode=42568&ToPar=Art18_Al2&Type=201/) може да ми предложи асистент, ако не съм посочил такъв. | | 5. Доставчикът на лична помощ съгласно [чл. 18, ал. 1](apis://Base=NARH&DocCode=42568&ToPar=Art18_Al1&Type=201/) и [2 от Закона за личната помощ](apis://Base=NARH&DocCode=42568&ToPar=Art18_Al2&Type=201/) 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](apis://Base=NARH&DocCode=2003&ToPar=Art313&Type=201/). | | **V. 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: ....................................................... | |