МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР – ЧЕРВЕН БРЯГ ЕООД
5980, гр. Червен бряг, обл. Плевен, ул. «Яне Сандански» №61
тел, Факс : 0878508596; Е-майл: mc-ch.briag@abv.bg;

вх. № ...../дата……2020 г.

ДО
Д-Р ИВО НАЦОВ
УПРАВИТЕЛ НА „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР - ЧЕРВЕН БРЯГ“ ЕООД

Заявление

От…….....

/трите имена по документ за самоличност на потребителя/

ЕГН ……..……. ..... лична карта № .....

издадена от ..... на ..... гр. .....

Адрес по местоживеене: гр.(с) …….....

ж.к. …….. ул. …… № …… . бл. .....

вх. ……. , ет. …… , ап. ……., тел: ……

/Попълва се само при необходимост/

Подадено от законният му представител:…….....

/трите имена по документ за самоличност/

ЕГН ……..……. ..... лична карта № .....

издадена от ..... на ..... гр. .....

Адрес по местоживеене: гр.(с) …….....

Заявявам, че вследствие на увреждания/тежко заболяване, което удостоверявам с копие от медицински документи и/или напреднала възраст водеща до

ограничаване и невъзможност от самообслужване, се нуждая от здравни услуги в общността и/или в домашна среда.

По тази причина желая да ползвам услуги за здравно-социално включване в общността и/или в домашна среда по Мярка 6 „По-добър достъп до устойчиви услуги, вкл. здравни и социални услуги чрез интегриран подход на територията на МИГ Карлуковски карст – Червен бряг - Искър", BG05M9OP001- 2.060 - МИГ „КАРЛУКОВСКИ КАРСТ – ЧЕРВЕН БРЯГ – ИСКЪР", по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси" 2014-2020, проект „Мобилни здравно-социални услуги за възрастни хора и лица с увреждания в домашна среда".

В допълнение декларирам, че:

1	Не ползвам същите услуги по програми, финансирани от други източници;	☐
2.	Съм информиран/а, че за включването ми в проекта е необходимо да бъде извършена оценката на потребностите;	☐
3.	Съм информиран/а, че оценката на потребностите ще се извършва от външен изпълнител по реда на ЗЗД;	☐
4.	Съм информиран/а, че оценката на потребностите ще се проведе в дома ми, за което съм съгласен/ данните ми да бъдат предоставени;	☐
5.	Съм информиран/а, че услугите, за които кандидатствам се финансират от Европейския социален фонд;	☐
	Прилагам към заявлението си и документите, изброени по- долу:	
1.	Документ за самоличност на лицето и на законния му представител (*копие*);	☐
2.	Медицински документи, удостоверяващи здравословното състояние на кандидата (*копие*): 2.1. Експертно решение на ТЕЛК; 2.2. протокол на ЛКК; 2.3.други медицински документи: ……..... ……... …….. …….. …….. …….....	☐ ☐ ☐ ☐
3.	Копие от амбулаторен картон, с данни за личния лекар на кандидата (при невъзможност за предоставяне на копие на амбулаторния картон, копие на здравната кжижка на кандидат-потребителя, с пълни и подробно изписани данни на лични лекар, адрес и телефон за връзка при необходимост)	☐
4.	Декларация за съгласие за обработка на личните данни *(по образец)*	☐

Дата…… Заявител……..……...