



СТОЛИЧНА ОБЩИНА – РАЙОН “ВИТОША”



1618 гр. София, ул. Слънце № 2 www.raionvitosha.eu тел. 02/818 79 14, факс 02/8576 29 60

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА/РАЙОН

.....

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) лева от месечната помощ по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейните помощи за деца (в размер до 380 лева)², да се превежда 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 положения труд по механизма лична помощ се определя, като часовата ставка по чл. 31 от Закона за личната помощ 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 (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 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 който се получава 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

III. Декларирам, че:

1. Посочените обстоятелства отговарят на фактичката 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 увреждане, за който се получават месечни помощи по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейните 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)

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 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, посочения размер по раздел II., т. 2 от месечната помощ по чл. 8д, ал. 5, т. 2 от ЗСПД няма да ми бъде изплащана от Агенцията за социално подпомагане.
3. При промяна на всяко декларирано обстоятелство в настоящето 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 и 2 от Закона за личната помощ, може да ми предложи асистент, ако не съм посочил такъв.
5. Доставчикът на лична помощ съгласно чл. 18, ал. 1 и 2 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 декларираните неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

V. Прилагам следните документи:

1. документ за самоличност или акт за раждане (копие от лична карта и акт за раждане);
2. Направление за ползване на механизма лична помощ с определен брой часове месечно, издадено от дирекция „Социално подпомагане“ /**оригинал**/ №
3. Индивидуална оценка за потребности на хора с увреждания /**оригинал**/
4. ТЕЛК /копие/

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

Дата:

Подпис:

Заявлението-декларация е прието и проверено от:

.....

(име, фамилия, длъжност)

Дата:

Подпис: