

ДО

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....  
(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)

ЕГН: .....

постоянен адрес: гр. ...., ж.к.....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

настоящ адрес (в случай, че е различен от постоянния адрес):

гр. ...., ж.к.....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ...., тел.: .....

.....  
(трите имена на законния представител)

адрес за кореспонденция: гр. ...., ж.к.....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ...., тел.: .....

Уважаеми г-н/ г-жо .....

На основание чл. 5 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот” заявявам, че желая да ползвам социалната услуга „Асистент за независим и активен живот”.

Заявявам, че желая да ползвам услугата чрез:

1. Столична община –
2. друг регистриран доставчик на социални услуги – .....

Прилагам следните документи:

1. Експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК - копие и оригинал (за справка).
2. Лична карта на кандидата за ползвател - оригинал (за справка).
3. Декларация по образец (Приложение № 1.2) от кандидата и/или законния му представител, че ползва или не ползва Закона за личната помощ, дейности, финансирани от националния бюджет, бюджета на Общността или друга донорска програма за задоволяване на същите потребности и/или сходни социални услуги в домашна среда: личен асистент, социален асистент, домашен помощник.
4. Декларация по образец (Приложение № 1.3) от кандидата и/или законния му представител, че полага грижи за непълнолетното си дете или приемно дете.
5. Заявление по образец (Приложение № 1.5) от кандидата и/или законния му представител за избор на асистент/и.
6. Документи за участие на кандидата в други дейности за активно социално включване: дейности, насочени към подобряване здравословното и психо-емоционалното състояние.
7. Декларация по образец (Приложение № 1.6) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Дата: .....

Подпис: .....

ДО

.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**ОТ**

.....

**(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)**

.....

**(трите имена на законния представител)**

Уважаеми г-н/ г-жо .....

На основание чл. 2, ал. 2 и чл. 5, ал. 2, т. 3 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, декларирам, че:

- ..... Закона за личната помощ, дейности, финансирани от националния бюджет,  
/ползвам/ не ползвам/

бюджета на Общността или друга донорска програма за задоволяване на същите потребности и/или сходни социални услуги в домашна среда: личен асистент, социален асистент, домашен помощник.

със срок от ..... ДО .....

**Дата :** .....

**Подпис:** .....

ДО

.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

от

.....

**(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)**

.....

**(трите имена на законния представител)**

Уважаеми г-н/ г-жо .....

На основание чл. 5, ал. 2, т. 7 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, декларирам, че полагам грижи за:

1. непълнолетното ми дете

.....

2. приемното ми дете

.....

Прилагам:

.....

.....

.....

.....

.....

Дата : .....

Подпис:.....

ДО

.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....

(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)

.....

(трите имена на законния представител)

Уважаеми г-н/ г-жо.....,

Заявявам, че желая да ползвам следните асистенти по Наредба за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот“:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Дата: .....

Подпис: .....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

от

.....  
**(трите имена на кандидата)**  
.....

**(трите имена на законния представител)**

На основание чл. 5, ал. 4/чл. 9, ал. 2 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”

**ДЕКЛАРИРАМ,**

Че не е налице промяна в последно подадените от мен документи и декларираните от мен обстоятелства, свързани със социалната услуга „Асистент за независим и активен живот”.

**Дата :** .....

**Подпис:**.....



СТОЛИЧНА ОБЩИНА

София 1000, бул. „Кн. Мария Луиза” № 88, ет. 5, телефонен номератор 8035900,  
факс: 8035935, dsd.sofia.bg

БСУ „.....” РАЙОН „.....”

**АНКЕТА ЗА ПОТРЕБНОСТИТЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА  
„АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМ И АКТИВЕН ЖИВОТ”**

На.....ЕГН:.....

Законен представител/ попечител/настойник

**I. ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ /ОПИСАНИЕ НА ЕР НА ТЕЛК, НЕЛК/:**

**II. СЕМЕЙНА СРЕДА**

**Живее:**

- сам/а  с пълнолетен син/дъщеря
- със съпруг/а  сам/а с непълнолетното си дете или приемно дете
- със съпруг/а без увреждания и непълнолетното си или приемно дете
- със съпруг/а с увреждания и непълнолетното си или приемно дете
- с родственици

**Становище на лицето:**

**III. ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ**

**1. Двигателна активност:**

- Може да се движи сам/а
- Частично може да се движи сам/а
- Не може да се движи сам/а

**2. Степен на самообслужване:**

- **Хранене, прием на течности**
  - Може да се храни и приема течности сам/а
  - Изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а
  - Не може да се храни сам/а
- **Приготвяне на храна**
  - Може да приготвя храна сам/а
  - Частично може да приготвя храна сам/а
  - Не може да приготвя храна сам/а
- **Снабдяване с необходимите стоки**

- Може да се снабдява с необходимите стоки сам/а
- Частично може да се снабдява с необходимите стоки сам/а
- Не може да се да се снабдява с необходимите стоки сам/а
  - **Поддържане на личната хигиена**
  - Може да поддържа личната си хигиена сам/а
  - Частично може да поддържа личната си хигиена сам/а
  - Не може да поддържа личната си хигиена сам/а
    - **Поддържане на хигиената в жилищните помещения**
    - Може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а
    - Частично може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а
    - Не може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а
      - **Прием на лекарства, лечебни манипулации**
      - Може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а
      - Изпитва затруднения да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а
      - Не може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а
        - **Посещения при лекар, настаняване в болница**
        - Може да посещава лекар, болница сам/а
        - Изпитва затруднения да посещава лекар, болница сам/а
        - Не може да посещава лекар, болница сам/а

**3. Помощни технически средства:**

- не ползва  ползва

Какви:

.....  
.....

**Становище на лицето:**

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

**IV. СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ**

**1. Комуникация:**

- **Виждане**
- Вижда
- Частично вижда
- не вижда /100% слепота съгласно ТЕЛК/
- **Чуване**
- Чува
- Има намален слух
- не чува /100% глухота съгласно ТЕЛК/
- **Говорене**
- Говори
- Изпитва затруднения да говори
- Не говори

**Становище на лицето:**

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

**V. СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ:**

**1. Трудова дейност:**

Работи:

Къде: .....

Има сключен:

Трудов договор (служебно правоотношение) - ..... часа/ месечно;

Граждански договор - ..... часа/ месечно;

Не работи.

**Становище на лицето:**

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

**2. Учебна дейност:**

•  **Посещава учебно заведение или организация за професионална квалификация:**

Редовна или вечерна форма на обучение;

Задочна форма на обучение;

Индивидуална форма на обучение извън дома;

Индивидуална форма на обучение в дома;

Дистанционна форма на обучение.

•  **Не посещава учебно заведение или организация за професионална квалификация.**

**Становище на лицето:**

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

3. При извършване едновременно на трудова дейност и учебна дейност се определят точки за класиране и часове само за едната дейност по писмено заявено в Приложение № 1.7 желание на кандидата или ползвателя.

**Желая да бъде оценен/а от комисията за:**

Трудова дейност  Учебна дейност

**VI. ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ:**

Други дейности, насочени към пълноценно участие на ползвателя в икономическия, образователния, социално-културния живот и други такива, насочени към подобряване на здравословното му състояние:

.....



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

Удостоверено с:

.....  
 .....

/представен документ/

**Становище на лицето:**

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

**Становище на лицето:**

.....

Съгласен съм / Не съм съгласен с Анкетата

.....

Желая / Не желая нова Анкета

**Дата:** .....

**Кандидат/законен представител:** .....

/име и подпис/

**Служител от БСУ 1:** .....

/име и подпис/

**Служител от БСУ 2:** .....

/име и подпис/

**Забележки на служителите от БСУ /попълва се след приключване на Анкетата/:**

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

**Служител от БСУ 1:** .....

/име и подпис/

**Служител от БСУ 2:** .....

/име и подпис/

ДО

.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**от**

.....

**(трите имена на кандидат/ползвател на услугата)**

ЕГН: .....

.....

**(трите имена на законния представител)**

**Уважаеми г-н/ г-жо .....**

На основание чл. 5, ал. 5/чл. 17, ал. 3 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот” заявявам, че е налице промяна в обстоятелствата, свързани със социалната услуга „Асистенти за независим и активен живот”, поради което желая да бъде извършена нова „Анкета на потребностите”.

Прилагам следните документи:

1.....

2.....

3.....

.....

.....

**Дата :** .....

**Подпис:** .....

ДО

.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....

**(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент на услугата)**

ЕГН: .....

**постоянен адрес:** гр. ...., ж.к. ....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

**настоящ адрес** (в случай, че е различен от постоянния адрес):

гр. ...., ж.к. ....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

**тел.:** .....

**Уважаеми г-н/ г-жо** .....

На основание чл. 9 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот” заявявам, че желая да бъда асистент. Предпочитанията ми са да работя със следните ползватели на услугата:

1. ....

2. ....

3. ....

Прилагам следните документи:

1. Автобиография.

2. Лична карта (за справка).

3. Удостоверение от местоработата, ако кандидатът за асистент работи или декларация, че не работи.

4. Декларация по образец (Приложение № 1.10) че кандидатът за асистент не е лице с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ.

5. Декларация по образец (Приложение № 1.6) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

**Дата :** .....

**Подпис:** .....

ДО

.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

от

.....  
**(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент на услугата)**

Уважаеми г-н/ г-жо .....

На основание чл. 9, ал. 1, т. 5 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, декларирам, че не съм лице с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ

Дата : .....

Подпис: .....

**СПОРАЗУМЕНИЕ**

Днес.....20.... г., в гр. София между:

.....  
(трите имена на ползвателя на услугата)

ЕГН.....,  
постоянен адрес: гр. ...., ж.к. ....,  
ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

.....  
(трите имена на законния представител)

**ЕГН.....,**  
постоянен адрес: гр. ...., ж.к. ....,  
ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

**наричан за краткост Възложител и**

.....  
(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент по услугата)

ЕГН.....,  
постоянен адрес: гр. ...., ж.к. ....,  
ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

**наричан за краткост Изпълнител**

СЕ СКЛЮЧИ НАСТОЯЩОТО СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА СЛЕДНОТО:

**Чл. 1 Възложителят** възлага, а **Изпълнителят** приема да изпълни следните услуги, описани в Карта за определяне на необходимите часове за предоставяне на социалната услуга „Асистент за независим и активен живот” на Възложителя, в качеството на Асистент за независим живот:

- 1.1.....
  - 1.2.....
  - 1.3.....
  - 1.4.....
  - 1.5.....
- .....
- .....

**Чл. 2 Изпълнителят** е длъжен да бъде точен и да спазва договорените часове.

**Чл. 3** В случай на възникнало препятствие /болест, неотложен ангажимент и др. / за изпълнение на задълженията си по настоящото споразумение, **Изпълнителят** е длъжен да уведоми **Възложителя** своевременно, с оглед последния да има възможност да потърси услугите на друг асистент.

**Чл. 4 Възложителят** е длъжен да бъде точен и да спазва договорените часове.

**Чл. 5** Настоящото споразумение се сключва за срок от.....месец/а.

**Чл. 6** Настоящото споразумение може да бъде прекратено на следните основания:

т. 1. по взаимно съгласие между страните;

т. 2. едностранно, от **Възложителя** -..... предизвестие;

т. 3. едностранно, от **Изпълнителя** -..... предизвестие.

**Чл. 7** В случай, че възникне нужда от допълнителни услуги, **Изпълнителят** има възможност и е съгласен да ги поеме, страните се договарят допълнително в нарочен Анекс, неразделна част от настоящото споразумение.

**Чл. 8** Всички спорове възникнали във връзка с породените от това споразумение отношения се уреждат между страните съобразно с действащото българско законодателство.

Настоящото споразумение се състави в три еднообразни екземпляра и се подписа както следва:

**Възложител:** .....

**Изпълнител:** .....

ДО  
.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....  
**(трите имена на детето, кандидатстващо за ползвател на услугата)**

ЕГН: .....

**постоянен адрес:** гр. ...., ж.к.....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ....,

**настоящ адрес** (в случай, че е различен от постоянния адрес):

гр. ...., ж.к.....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ...., **тел.:** .....

.....  
**(трите имена на законния представител)**

**адрес за кореспонденция:** гр. ...., ж.к.....,

ул. ...., бл. ...., вх. ...., ап. ...., **тел.:** .....

**Уважаеми г-н/ г-жо** .....

На основание чл. 6б от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот” заявявам, че желая да ползвам социалната услуга „Асистент за независимо детство”.

**Заявявам, че желая да ползвам услугата чрез:**

1. Столична община
2. друг регистриран доставчик на социални услуги  - .....

**Прилагам следните документи:**

1. Експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК - копие и оригинал за справка;
2. Лична карта на кандидата за ползвател (за децата до 14 години – акт за раждане) -за справка;
3. Декларация по образец (Приложение № 1.2) от кандидата и/или законния му представител, че ползва или не ползва Закона за личната помощ, дейности, финансирани от националния бюджет, бюджета на Общността или друга донорска програма за задоволяване на същите потребности и/или сходни социални услуги в домашна среда: личен асистент, социален асистент, домашен помощник.
4. Ако кандидатът за социалната услуга учи или посещава детско заведение - уверение в което е отразено, че детето е записано за настоящата година или служебна бележка от учебното, детското заведение или организацията за професионална квалификация, както и документ за платена такса за обучението.
5. Заявление по образец (Приложение № 2.3) от кандидата и/или законния му представител за избор на асистент/и.
6. Документи за участие на кандидата в други дейности за активно социално включване, насочени към пълноценно участие в икономическия, образователния, социално-културния живот и други такива, насочени към подобряване на здравословното му състояние.
7. Декларация по образец (Приложение № 2.4) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

**Дата:** .....

**Подпис:** .....

ДО

.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**от**

.....  
(трите имена на детето, кандидатстващо за ползвател на услугата)

.....  
(трите имена на законния представител)

Уважаеми г-н/г-жо.....,

На основание чл. 2, ал. 2 и чл. 6б, ал. 2, т. 3 от Наредба за предоставяне на социалните услуги „Асистиенти за независим живот”, декларирам, че:

- ..... Закона за личната помощ, дейности, финансирани от националния бюджет,  
/ползвам/ не ползвам/

бюджета на Общността или друга донорска програма за задоволяване на същите потребности и/или сходни социални услуги в домашна среда: личен асистент, социален асистент, домашен помощник.”

със срок от ..... до .....

Дата:.....

Подпис: .....



ДО

.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....

**(трите имена на детето, кандидатстващо за ползвател на услугата)**

.....

**(трите имена на законния представител)**

Уважаеми г-н/ г-жо.....,

Заявявам, че желая да ползвам следните асистенти по Наредба за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот“:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Дата: .....

Подпис: .....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**от**

.....  
**(трите имена на кандидата)**

.....  
**(трите имена на законния представител)**

На основание чл. 6б, ал. 4/ чл. 9, ал. 2 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”

**ДЕКЛАРИРАМ,**

**Че не е налице промяна в последно подадените от мен документи или декларираните от мен обстоятелства, свързани със социалната услуга „Асистент за независимо детство”.**

Дата: .....

Подпис: .....



СТОЛИЧНА ОБЩИНА

София 1000, бул. „Кн. Мария Луиза“ № 88, ет. 5, телефонен номератор 8035900,  
факс: 8035935, dsd.sofia.bg

БСУ „.....“ РАЙОН „.....“

**АНКЕТА ЗА ПОТРЕБНОСТИТЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА  
„АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО“**

На..... ЕГН:.....

Законен представител/ попечител/настойник

**I. ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ /ОПИСАНИЕ НА ЕР НА ТЕЛК, НЕЛК/:**

**II. СЕМЕЙНА СРЕДА**

**Живее:**

- с един родител/ приемен родител/ настойник/ попечител
- с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители

**Становище на лицето:**

**III. ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ**

**1. Двигателна активност:**

- Може да се движи сам/а
- Частично може да се движи сам/а
- Не може да се движи сам/а

**2. Степен на самообслужване:**

• **Хранене, прием на течности**

- Може да се храни и приема течности сам/а
- Изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а
- Не може да се храни сам/а

• **Поддържане на личната хигиена**

- Може да поддържа личната си хигиена сам/а
- Частично може да поддържа личната си хигиена сам/а
- Не може да поддържа личната си хигиена сам/а

• Прием на лекарства, лечебни манипулации

- Приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения
- Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения
- Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения

• Посещения при лекар, настаняване в болница

- Посещава лекар, болница без затруднения
- Посещава лекар, болница със затруднения
- Посещава лекар, болница със сериозни затруднения

3. Помощни технически средства:

- не ползва             ползва

Какви:.....

Становище на лицето:

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

**IV. СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ:**

1. Комуникация:

• Виждане

- Вижда
- Частично вижда
- Не вижда /100% слепота съгласно ТЕЛК/

• Чуване

- Чува
- Има намален слух
- Не чува /100% глухота съгласно ТЕЛК/

• Говорене

- Говори
- Изпитва затруднения да говори
- Не говори

**V. СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ:**

1. Учебна дейност:

•  **Посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация:**

- Редовна или вечерна форма на обучение;
- Задочна форма на обучение;
- Индивидуална форма на обучение извън дома;
- Индивидуална форма на обучение в дома;
- Дистанционна форма на обучение.

•  **Не посещава детско заведение, учебно заведение или организация за професионална квалификация.**

Становище на лицето:

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

**VI. ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ:**

Други дейности, насочени към пълноценно участие на ползвателя в икономическия, образователния, социално-културния живот и други такива, насочени към подобряване на здравословното му състояние:

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

Удостоверено с:

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

*/представен документ/*

**Становище на лицето:**

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

**Становище на лицето:**.....

Съгласен съм / Не съм съгласен с Анкетата

.....  
.....

Желая / Не желая нова Анкета

Дата: .....

**Кандидат/ законен представител**.....

*/име и подпис/*

**Служител от БСУ 1:**.....

*/име и подпис/*

**Служител от БСУ 2:**.....

*/име и подпис/*

**Забележки на служителите от БСУ /попълва се след приключване на анкетата/:**

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

**Служител от БСУ 1:**.....

*/име и подпис/*

**Служител от БСУ 2:**.....

*/име и подпис/*

ДО

.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....

(трите имена на кандидат/ ползвател на услугата)

**ЕГН**.....,

.....

(трите имена на законния представител)

Уважаеми г-н/ г-жо .....,

На основание чл. 6б, ал. 5/ чл. 17, ал. 3 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот” заявявам, че е налице промяна в обстоятелствата, свързани със социалната услуга „Асистент за независимо детство”, поради което желая да бъде извършена нова „Анкета на потребностите”.

Прилагам следните документи:

1. ....
  2. ....
  3. ....
- .....  
.....  
.....  
.....

Дата: .....

Подпис: .....

ДО  
.....

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

.....  
(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент на услугата)

ЕГН.....

постоянен адрес: гр....., ж. к. ...., ул. ....

бл. ...., вх. ...., ап. ....

настоящ адрес (в случай, че е различен от постоянния адрес):

гр....., ж. к. ...., ул. ....

бл. ...., вх. ...., ап. ....

тел.:.....

Уважаеми г-н/ г-жо .....

На основание чл. 9 от Наредбата за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, заявявам, че желая да бъда асистент. Предпочитанията ми са да работя със следните ползватели на услугата:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Прилагам следните документи:

1. Автобиография.
2. Лична карта (за справка).
3. Удостоверение от местоработата, ако кандидатът за асистент работи или декларация, че не работи.
4. Декларация по образец (Приложение № 2.8) че кандидатът за асистент не е лице с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ.
5. Декларация по образец (Приложение № 2.4) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Дата:.....

Подпис:.....

ДО

.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

.....

**(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент на услугата)**

Уважаеми г-н/г-жо.....,

На основание чл. 9, ал. 1, т. 5 от Наредба за предоставяне на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, декларирам, че не съм лице с трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане, на което е определена чужда помощ.

Дата: .....

Подпис: .....



**СПОРАЗУМЕНИЕ**

Днес.....20.... г., в гр. София между:

.....  
**(трите имена на ползвателя на услугата)**

ЕГН: .....,

постоянен адрес: гр. ...., ж.к....., ул.....,

бл. ...., вх. ...., ап. ...., тел. ....,

.....  
**(трите имена на законния представител)**

ЕГН: .....,

постоянен адрес: гр. ...., ж.к....., ул.....,

бл. ...., вх. ...., ап. ...., тел. ....,

**наричан за краткост Възложител**

и

.....  
**(трите имена на лицето, кандидатстващо за асистент по услугата)**

ЕГН: .....,

постоянен адрес: гр. ...., ж.к....., ул.....,

бл. ...., вх. ...., ап. ...., тел. ....,

**наричан за краткост Изпълнител**

СЕ СКЛЮЧИ НАСТОЯЩОТО СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА СЛЕДНОТО:

**Чл. 1 Възложителят възлага, а Изпълнителят приема да изпълни следните услуги, описани в „Карта за определяне на необходимите часове за предоставяне на социалната услуга „Асистент за независимо детство” на Възложителя, в качеството на Асистент за независим живот:**

1.1.....

1.2.....

1.3.....

1.4.....

1.5.....

**Чл. 2** Изпълнителят е длъжен да бъде точен и да спазва договорените часове.

**Чл. 3** В случай на възникнало препятствие /болест, неотложен ангажимент и др./ за изпълнение на задълженията си по настоящото споразумение, **Изпълнителят** е длъжен да уведоми **Възложителя** своевременно, с оглед последния да има възможност да потърси услугите на друг асистент.

**Чл. 4** **Възложителят** е длъжен да бъде точен и да спазва договорените часове.

**Чл. 5** Настоящото споразумение се сключва за срок от ..... месец/а.

**Чл. 6** Настоящото споразумение може да бъде прекратено на следните основания:

т.1. по взаимно съгласие между страните;

т.2. едностранно, от **Възложителя** - ..... предизвестие;

т.3. едностранно, от **Изпълнителя** - ..... предизвестие.

**Чл. 7** В случай, че възникне нужда от допълнителни услуги, **Изпълнителят** има възможност и е съгласен да ги поеме, страните се договарят допълнително в нарочен Анекс, неразделна част от настоящото споразумение.

**Чл. 8** Всички спорове възникнали във връзка с породените от това споразумение отношения се уреждат между страните съобразно с действащото българско законодателство.

Настоящото споразумение се състави в три еднообразни екземпляра и се подписа както следва:

**Възложител:** .....

**Изпълнител:** .....