

ДО

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

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

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: 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-копие и оригинал за справка, както и удостоверение за настоящ адрес в случай, че той е различен от постоянния адрес.
3. Декларация по образец (Приложение № 1.2) от кандидата и/или законния му представител, че ползва или не ползва сходни социални услуги по други дейности и програми.
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. Ако кандидатът за социалната услуга работи:
 - по трудово или служебно правоотношение - служебна бележка от работодателя (Приложение № 1.4) и заверено с подпис и печат от работодателя копие от трудов договор или заповед за назначаване;
 - при извършване на дейност по граждански договор - служебна бележка от възложителя за вида извършвана дейност (Приложение № 1.4) и заверено с подпис и печат от възложителя копие от граждански договор;
6. Ако кандидатът за социалната услуга учи - уверение в което е отразено, че лицето е със записан семестър за настоящата година или служебна бележка от учебното заведение или организацията за професионална квалификация, както и документ за платена такса за обучението.
7. Заявление по образец (Приложение № 1.5) от кандидата и/или законния му представител за избор на асистент/и.
8. 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.
9. Декларация по образец (Приложение № 1.6) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за социалната услуга „Асистент за независим и активен живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАП, НОИ, РКМЕ и други организации във връзка с предоставените от мен данни.

Дата:.....

Подпис:.....

До
.....

ДЕКЛАРАЦИЯ
от

Данни на кандидата:,
(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к , ул

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

тел.....

Данни на законния представител:,
(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к , ул

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

Уважаеми г-н/г-жо.....,

На основание чл. 5, ал. 2, т. 3 от Наредба за предоставяне на социалните услуги "Асистенти за независим живот", декларирам, че:

- сходни социални услуги по други дейности и програми.....
/ползвам/ не ползвам/

.....
/наименование на сходната услуга и дейността или програмата/

със срок от до

Дата:

Подпис:.....

До

.....

ДЕКЛАРАЦИЯ
от

Данни на кандидата:,
(трите имена на лицето, кандидатстващо за ползвател на услугата)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

тел.....

Данни на законния представител:,
(трите имена на законния представител)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к....., ул.....

....., бл....., вх....., ет..... ап.....

Уважаеми г-н/г-жо:.....,

На основание чл. 5, ал. 2, т. 7 от Наредба 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:.....

.....
/наименование на организацията/

.....
/седалище, адрес, ЕИК/

.....
/телефон, e-mail/

СЛУЖЕБНА БЕЛЕЖКА

Лицето.....
/имена /

лична карта №:, изд. на:....., от.....

адрес: гр....., жк....., ул

....., бл....., вх....., ет.....ап.....

работи в, считано от

като,
/длъжност/

по.....
/трудово, служебно правоотношение, граждански договор, др./

по.....
/срочно правоотношение за срок до....., безсрочно правоотношение/

на.....
/пълно, непълно - часа работно време, от.... до..../

Настоящата служебна бележка да послужи пред Столична община.

Дата:.....

.....
/имена, длъжност, подпис, печат/

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

.....,
(трите имена на кандидата)

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от
адрес: гр....., ж.к, ул....., бл....., вх, ап.....
тел.....

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

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:, от.....
адрес: гр....., ж.к, ул....., бл, вх, ап.....
тел.....

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 или 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....., лична карта №....., изд. на.....от

Адрес гр. (с.):..... Община:

Ул.№ (ж.к.) бл..... вх.. ет. ап. тел.:

Законен представител /попечител/ настойник
Име

ЕГН....., лична карта №....., изд. на.....от

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 Приложения № 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/

ДО

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

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

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

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

ЕГН....., лична карта№:....., изд. на:....., от.....
адрес: гр....., ж.к....., ул....., бл....., вх....., ап.....
тел.....

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 „Асистент за независим и активен живот“, поради което желая да бъде извършена нова „Анкета на потребностите“.

Прилагам следните документи:

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

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за социалната услуга „Асистент за независим и активен живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАП, НОИ, РКМЕ и други организации във връзка с предоставените от мен данни.

Дата:.....

Подпис:.....

ДО

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

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

ЕГН....., лична карта№:, изд. на:....., от.....
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 (копие и оригинал за справка) и удостоверение за настоящ адрес в случай, че той е различен от постоянния адрес.
3. Свидетелство за съдимост.
4. Удостоверение от местоработата, ако кандидатът за асистент работи или декларация, че не работи.
5. 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.
6. Декларация по образец (Приложение № 1.6) за липса на промяна в документите и обстоятелствата.

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за асистент в социалните услуги „Асистенти за независим живот“. Съгласен съм подадените от мен документи и обстоятелства да бъдат проверявани в НАП, НОИ, РКМЕ и други организации във връзка с предоставените от мен данни.

Дата:

Подпис:.....

ДО

.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

.....

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

ЕГН....., лична карта №:....., изд. на:....., от

адрес: гр....., ж.к, ул

....., бл....., вх....., ет.....ап.....

тел.....

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:.....

**ИЗМЕРИТЕЛ НА БРОЯ ТОЧКИ ЗА КЛАСИРАНЕ НА КАНДИДАТИТЕ ЗА ПОЛЗВАТЕЛИ
НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМ И АКТИВЕН ЖИВОТ”**

КАТЕГОРИЯ			БРОЙ ТОЧКИ
СЕМЕЙНА СРЕДА	Живее:	сам/а	5 т.
		със съпруг/а	0 т.
		с пълнолетен син/дъщеря	0 т.
		с родственици	0 т.
		сам/а с непълнолетното си дете или приемно дете	10 т.
		със съпруг/а без увреждане и непълнолетното си или приемно дете	2 т.
		със съпруг/а с увреждане и непълнолетното си или приемно дете	5 т.
ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ	Двигателна активност:	може да се движи сам/а	0 т.
		частично може да се движи сам/а	2 т.
		не може да се движи сам/а	3 т.
	Хранене, прием на течности	може да се храни и приема течности сам/а	0 т.
		изпитва затруднения да се храни и приема течности сам/а	2 т.
		не може да се храни сам/а	3 т.
	Приготвяне на храна	може да приготвя храна сам/а	0 т.
		частично може да приготвя храна сам/а	2 т.
		не може да приготвя храна сам/а	3 т.
	Снабдяване с необходимите стоки	може да се снабдява с необходимите стоки сам/а	0 т.
		частично може да се снабдява с необходимите стоки сам/а	2 т.
		не може да се да се снабдява с необходимите стоки сам/а	3 т.
	Поддържане на личната хигиена	може да поддържа личната си хигиена сам/а	0 т.
		частично може да поддържа личната си хигиена сам/а	2 т.
		не може да поддържа личната си хигиена сам/а	3 т.
	Поддържане на хигиената в жилищните помещения	може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а	0 т.
		частично може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а	2 т.
		не може да поддържа хигиената в жилищните си помещения сам/а	3 т.
	Прием на лекарства, лечебни манипулации	може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а	0 т.
		изпитва затруднения да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а	2 т.
		не може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а	3 т.
	Посещения при лекар, настаняване в болница	може да посещава лекар, болница сам/а	0 т.
		изпитва затруднения да посещава лекар, болница сам/а	2 т.
		не може да посещава лекар, болница сам/а	3 т.
	Помощни технически средства:	не ползва	0 т.
		ползва	5 т.
	СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ	Виждане	вижда
частично вижда			2 т.
не вижда /100% слепота съгласно ТЕЛК/			3 т.
Чуване		чува	0 т.
		има намален слух	2 т.
		не чува /100% глухота съгласно ТЕЛК/	3 т.
Говорене		говори	0 т.
		изпитва затруднения да говори	2 т.
		не говори	3 т.

СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – ТРУДОВА ДЕЙНОСТ	Има сключен	трудов договор (служебно правоотношение) -часа/ месечно; граждански договор -часа/ месечно;	15 до 30 т. 5 до 10 т.
	Не работи		0 т.
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – 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.	до 30 т. до 20 т. до 30 т. до 10 т. до 10 т.
	Не посещава учебно заведение или организация за професионална квалификация		0 т.
ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	Други дейности за активно социално включване, насочени към пълноценно участие на ползвателя в икономическия, образователния, социално-културния живот и други такива, насочени към подобряване на здравословното му състояние		до 20 т.
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ			

**РЕШЕНИЕ ОТНОСНО ПОЛЗВАНЕТО НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА
„АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМ И АКТИВЕН ЖИВОТ”**

Комисията за разглеждане на подадените документи за ползване на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, назначена със Заповед №/..... г. на кмета на Столична община:

1. На основание

Реши:

/разрешава / отказва/

на

/имена/

/ЕГН/

ползването на социалната услуга „Асистент за независим и активен живот”,

тъй като същият/ата на условията, посочени в

/отговаря / не отговаря/

чл..... от НПСУАНЖ.....

2. На основание чл.....от НПСУАНЖ,

„Анкета на потребностите” от г., наличните документи и в съответствие с „Измерителя на броя точки за класиране на кандидатите за ползватели на социалната услуга „Асистент за независим и активен живот” (Приложение № 1.12 към НПСУАНЖ).

Реши: определя на горепосоченото лице следния брой точки за класиране за ползване на социалната услуга „Асистент за независим и активен живот”:

КАТЕГОРИЯ			БРОЙ ТОЧКИ
СЕМЕЙНА СРЕДА	Живее:	сам/а	
		със съпруг/а	
		с пълнолетен син/дъщеря	
		с родственици	
		сам/а с непълнолетното си дете или приемно дете	
		със съпруг/а без увреждане и непълнолетното си или приемно дете	
		със съпруг/а с увреждане и непълнолетното си или приемно дете	
ФИЗИЧЕСКО СЪСТОЯНИЕ	Двигателна активност:	може да се движи сам/а	
		частично може да се движи сам/а	
		не може да се движи сам/а	
	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	
	Помощни технически средства:	не ползва	
		ползва	
СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ	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	
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – ТРУДОВА ДЕЙНОСТ	Има сключен	трудов договор (служебно правоотношение) -часа/ месечно;	
		граждански договор -часа/ месечно;	
	Не работи		
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ – 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	
ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	Други дейности за активно социално включване, насочени към пълноценно участие на ползвателя в икономическия, образователния, социално-културния живот и други такива, насочени към подобряване на здравословното му състояние		
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ			

3. Въз основа на Класиране на кандидатите, извършено на, горепосоченото лице:

- НЕ СЕ ВКЛЮЧВА в социалната услуга

- СЕ ВКЛЮЧВА в социалната услуга, считано от

с определените часове месечно в Карта за определяне на необходимите часове за предоставяне на социалната услуга „Асистент за независим и активен живот”- Приложение №1.15 към НПСУАНЖ.

Мотиви:.....
.....

.....
.....
Решението може да бъде обжалвано чрез Комисията по чл. 15 от НПСУАНЖ пред
кмета на Столична община в 14-дневен срок от получаването му.

Председател на комисията.....

/име, подпис/

Дата:

**КАРТА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА НЕОБХОДИМИТЕ ЧАСОВЕ ЗА
ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА
„АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМ И АКТИВЕН ЖИВОТ”**

Вземайки предвид „Анкета за потребностите” – Приложение № 1.7 към НПСУАНЖ от г. и наличните документи, Комисията за разглеждане на подадените документи за ползване на социалните услуги „Асистенти за независим живот”, назначена със Заповед №/..... г. на кмета на Столична община на основание.....

РЕШИ:

определя на
следния брой часове месечно:

ЕЖЕДНЕВНО ОБСЛУЖВАНЕ	БРОЙ ЧАСОВЕ
1. Помощ при хранене, прием на течности Може да се храни и приема течности сам/а - 0 часа Частично може да се храни и приема течности сам/а - до 20 часа Не може да се храни и приема течности сам/а - до 25 часа	
2. Помощ при приготвяне на храна Може да приготвя храна сам/а - 0 часа Частично може да приготвя храна сам/а - до 15 часа Не може да приготвя храна сам/а - до 20 часа	
3. Помощ при пазаруване – снабдяване с необходимите стоки Може да се снабдява с необходимите стоки сам/а - 0 часа Частично може да се снабдява с необходимите стоки сам/а - до 15 часа Не може да се снабдява с необходимите стоки сам/а - до 20 часа	
4. Помощ при поддържане на личната хигиена Може да поддържа личната хигиена сам/а - 0 часа Частично може да поддържа личната хигиена сам/а - до 20 часа Не може да поддържа личната хигиена сам/а - до 40 часа	
5. Помощ при поддържане на хигиената в обитаваните жилищни помещения Може да поддържа хигиената в жилищните помещения сам/а - 0 часа Частично може да поддържа хигиената в жилищните помещения сам/а - до 7 часа Не може да поддържа хигиената в жилищните помещения сам/а - до 10 часа	
6. Помощ при прием на лекарства, лечебни манипулации Може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а – 0 часа Частично може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а-до 5 часа Не може да приема лекарства или извършва лечебни манипулации сам/а - до 7 часа	
7. Помощ за посещения при лекар, настаняване в болница Може да посещава лекар, болница сам/а - 0 часа Частично може да посещава лекар, болница сам/а - до 15 часа Не може да посещава лекар, болница сам/а - до 20 часа	
СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ	БРОЙ ЧАСОВЕ
1. Придружаване до работното място и обратно и съдействие при упражняване на трудовата дейност - до 50 часа	

2. Придружаване до учебното заведение/ организацията за професионална квалификация и обратно и съдействие в учебния процес:	
- редовна и вечерна форма на обучение -	до 50 часа
- задочна форма на обучение -	до 30 часа
- индивидуална форма на обучение извън дома -	до 50 часа
- индивидуална форма на обучение в дома -	до 20 часа
- дистанционна форма на обучение -	до 20 часа
3. Други дейности за активно социално включване	до 40 часа
ОБЩ БРОЙ ЧАСОВЕ:	

Мотиви:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Решението може да бъде обжалвано чрез Комисията по чл. 15 от НПСУАНЖ пред кмета на Столична община в 14-дневен срок от получаването му.

Председател на комисията
/име, подпис/

Дата:

**Отчет за извършените дейности от асистента по социалната услуга „Асистент
за независим и активен живот”**

от..... -

асистент за независим живот на

.....

за месец Година

Дата	Време от денонощието на изработените часове. Общ брой часове	Общ брой часове	Подпис на асистента	Подпис на ползвателя
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Общ брой часове _____

Сума за изплащане _____