

ДО

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

.....
(трите имена на детето, 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. 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) - 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 № 2.2) от кандидата и/или законния му представител, че ползва или не ползва сходни социални услуги по други дейности и програми.
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.

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за социалната услуга „Асистент за независимо детство“. 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 детето, 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. 6б, 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:.....

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. 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 СОЦИАЛНАТА УСЛУГА „АСИСТЕНТ ЗА НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”

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:

- с един родител/ приемн 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:

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

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. 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.
-
.....
.....
.....

Съгласен съм да предоставя личните си данни във връзка с кандидатстването ми за социалната услуга „Асистент за независимо детство“. 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, кандидатствашо 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 № 2.8) 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 № 2.4) 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 НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”**

| КАТЕГОРИЯ | | | БРОЙ ТОЧКИ |
|--|--|--|--|
| СЕМЕЙНА СРЕДА | Живее: | с един родител/ приемен родител/ настойник/ попечител | 5 т. |
| | | с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители | 0 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. |
| | 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. |
| | Прием на лекарства, лечебни манипулации | приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения | 0 т. |
| | | приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения | 2 т. |
| | | приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения | 3 т. |
| | Посещения при лекар, настаняване в болница | посещава лекар, болница без затруднения | 0 т. |
| | | посещава лекар, болница със затруднения | 2 т. |
| | | посещава лекар, болница със сериозни затруднения | 3 т. |
| Помощни технически средства: | не ползва | 0 т. | |
| | ползва | 5 т. | |
| СЕНЗИТИВНО СЪСТОЯНИЕ | Виждане | вижда | 0 т. |
| | | 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 – 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 | до 30 т. до 20 т. до 30 т. до 10 т. до 10 т. |
| | Не посещава детско заведение, учебно заведение или заведение 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 НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”

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 независимо детство”,

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 независимо детство” (Приложение № 2.10 към НПСУАНЖ).

Реши: определя на горепосоченото лице следния брой точки за класиране за ползване на социалната услуга „Асистент за независимо детство”

| КАТЕГОРИЯ | | | БРОЙ ТОЧКИ |
|---------------------------------------|--|--|------------|
| СЕМЕЙНА СРЕДА | Живее: | с един родител/ приемен родител/ настойник/ попечител | |
| | | с двама родители/ приемни родители/ настойници/ попечители | |
| 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 | |
| | 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 | |
| | 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 – 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 заведение 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 дете:

- **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 независимо детство”- Приложение №2.13 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 НЕЗАВИСИМО ДЕТСТВО”**

Вземайки предвид индивидуалната „Анкета за потребностите” – Приложение № 2.5 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 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 | |
| 3. Помощ при прием на лекарства, лечебни манипулации Приема лекарства или извършва лечебни манипулации без затруднения- 0 часа Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със затруднения- до 7 часа Приема лекарства или извършва лечебни манипулации със сериозни затруднения- до 10 часа | |
| 4. Помощ за посещения при лекар, настаняване в болница Посещава лекар, болница без затруднения- 0 часа Посещава лекар, болница със затруднения- до 15 часа Посещава лекар, болница със сериозни затруднения- до 20 часа | |
| СОЦИАЛНА АКТИВНОСТ И ДРУГИ ДЕЙНОСТИ ЗА АКТИВНО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ | БРОЙ ЧАСОВЕ |
| 1. Придружаване до детското заведение/ 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 | |
| 2. Занимания за подпомагане подготовката за учебния процес | до 30 часа |
| 3. Занимания за повишаване на социалните и образователните умения | до 30 часа |
| 4. Други дейности за активно социално включване | до 50 часа |

| | |
|---|------------|
| 5. Игрови занимания и спортна активност | до 30 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 независимо детство”**

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 законния представител 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 _____