



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ  
ЕВРОПЕЙСКИ  
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА  
РАЗВИТИЕ НА  
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Агенция за социално подпомагане  
Проект № 2014BG05M9OP001-2.2015.001-C0001  
„Нови възможности за грижа”

Приложение № 1

ОБЩИНА/РАЙОН .....

Вх.№ ...../дата.....

ДО  
КМЕТА НА  
ОБЩИНА/РАЙОН.....

### З А Я В Л Е Н И Е

за ползване на услуга „Личен асистент” по проект „Нови възможности за грижа”

ОТ.....  
(трите имена на лицето, кандидатстващо за потребител на услугата)

ЕГН .....; възраст .....години; Пол  Ж /  М, лична карта №  
....., издадена на ..... от МВР – гр. ....;  
Настоящ адрес: гр.(с) ..... ж.к.....  
ул. .... № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....,  
телефон/и: .....  
Притежавам Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК № ...../дата ....., със срок до  
.....; трайно намалена работоспособност/вид и степен увреждане .....  
(в проценти)

Данни на законния представител на кандидат-потребителя:

.....  
(трите имена на родителя на детето, настойника или попечителя)

ЕГН ..... лична карта № ....., издадена на .....  
от МВР – гр. ....; настоящ адрес гр.(с).....  
ж.к. ...., ул. .... № ....., бл. ...., вх. ....,  
ет. ...., ап....., телефон/и:.....

**1. Заявявам**, че вследствие на тежко увреждане, което удостоверявам с копие от ЕР на ТЕЛК /НЕЛК, протокол от ЛКК или друг медицински документ, се нуждая от помощ при обслужването си за извършване на ежедневни дейности. По тази причина желая да ползвам услугата „Личен асистент”.