

З А Я В Л Е Н И Е

От
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:....., Настоящ адрес: п. к.....
гр./с....., област.....,
община....., ЖК/КВ....., ул.,
№, бл. ..., вх., ет., ап., тел.....,
ел. поща.....

Желая да получа социална помощ за закупуване на:

- помощно техническо средство за хора с трайни увреждания;
- приспособление за хора с трайни увреждания;
- съоръжение за хора с трайни увреждания

*** Отбелязва се само един вид в съответното квадратче със знак „х“.**

„Помощни средства, приспособления и съоръжения“ са пособия, предназначени от производителя да компенсират загубена или увредена функция на човешки орган с цел увеличаване на възможностите за самообслужване, за извършване на трудова и друга дейност на хората с увреждания.

Прилагам следните документи:

(всеки приложен документ се отбелязва в съответното квадратче със знак „X“)

- Експертно решение на ТЕЛК - копие, заверено с гриф „вярно с оригинала“;
- Документ удостоверяващ, че помощното средство/приспособление/съоръжение, за което лицето желае да получи подкрепа, не се финансира от друга институция/организация боравеща с държавен бюджет, който може да е:
- Становище/отговор/писмо или друго от НЗОК, за липсата на финансиране (пълно или частично);
- Писмено задание на квалифициран медицински специалист или на лице с подходяща професионална квалификация, с което се определят специфичните характеристики на помощното средство/приспособление/съоръжение и

предназначението му за употреба от конкретното лице;

Проформа фактура и/или оферта за необходимото помощно средство, съдържащи технически параметри/описание, банкова сметка на доставчика, по която ще бъдат преведени отпуснатите средства, ако е приложимо;

Фактура с касов бон или фактура с вносна бележка в оригинал (когато разхода е извършен в рамките на бюджетната година);

Заверено с гриф „вярно с оригинала“ копие на документ, удостоверяващ лична банкова сметка, ако е приложимо;

Удостоверение за настоящ адрес, в случай че е различен от постоянния адрес - копие, заверено с гриф „вярно с оригинала“;

Декларация по чл. 17 от Методиката за разпределение на средствата по фонд „Социална закрила“.

Помощта да се преведе по банкова сметка: ДА/НЕ

Банка:

IBAN:

BIG:

Запознат/а съм с:

- целта и средствата за обработване на личните ми данни от Фонд „Социална закрила“, а именно подаване на заявление за еднократна социална помощ, съгласно законови изисквания съдържащи се в българското законодателство, в това число - Закон за социално подпомагане, Правилника за прилагането му и Методика за разпределение на средствата по фонд „Социална закрила“;
- доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им, изразяващ се в невъзможността да ми бъде отпусната еднократна социална помощ;
- правото на достъп и на коригиране на събраните данни;
- с изискванията на Фонд „Социална закрила“ за изготвяне на социален доклад от Дирекция „Социално подпомагане“ по настоящ адрес за установяване на обстоятелствата от социален, здравословен и битов характер и в тази връзка личните ми данни да бъдат предоставени на дирекция „Социално подпомагане“ по настоящ адрес;
- с политиката за поверителност на личните данни, публикувана на www.mlsp.government.bg;

- възможността да се свържа с Фонд „Социална закрила“, за да упражня правата си и/или да получа информация относно предоставените лични данни, като избира един от начините за получаване на информация, на адрес - гр. София, ул. „Триадица“ № 2, пощенски код: 1051, чрез задаване на въпрос по електронна поща: saf@mlsp.government.bg, или на телефон: 02 81 19 673.

Неразделна част от настоящото заявление е

Декларация по чл. 17 от Методиката за разпределение на средствата по фонд „Социална закрила“.

Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.

ДАТА:

ПОДПИС:

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 17 от Методиката за разпределение на средствата по фонд „Социална закрила“

Долуподписаният/ната.....

ЕГН.....

Живуш/а в гр.....ж.к./ул./ №.....

ДЕКЛАРИРАМ ЧЕ СЪМ ЗАПОЗНАТ/А И ПРИЕМАМ СЛЕДНИТЕ УСЛОВИЯ:

1. Не съм получил/а финансова подкрепа за задоволяване на необходимата потребност от ведомство/институция оперираща със средства от държавния бюджет, например Агенция за социално подпомагане (АСП), Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) и др. Без значение е дали финансирането със средства от държавния бюджет е частично и/или покрива изцяло заявената потребност.

2. Ще използвам предоставената ми социална помощ от Фонд “Социална закрила” съобразно заявлението, което съм подал/а и решението на Управителния съвет на Фонда.

3. В срок до 2 години от получаване на помощта, могат да бъдат извършвани проверки от представители на ФСЗ, ДСП по настоящ адрес или др. компетентен орган относно използване на помощта по предназначение.

4. Ще възстановя получената социална помощ, ведно със законната лихва в случай, че не съм използвал/а помощта по предназначение.

5. Ще възстановя получената социална помощ в случай, че след разходването ѝ не представя в 30-дневен срок разходооправдателни документи, които са:

- фактура с касов бон или фактура с вносна бележка в оригинал и банкова сметка, по която да бъде преведена отпуснатата помощ;
- приемо-предавателен протокол/документ удостоверяващ, че съм получил/а помощното средство/приспособление/съоръжение.

6. Известно ми е, че при неспазване на горните изисквания ще бъда лишен/а от право на подпомагане до възстановяване на дължимите суми, ведно със законната лихва, но за срок не по-дълъг от две години.

Дата :

Декларатор: