

**СТОЛИЧНА ОБЩИНА-РАЙОН „НОВИ ИСКЪР”**

**гр. Нови Искър, ул. “Искърско дефиле” № 123, п.к. 1280, тел.: 991-72-30; 991-72-78; факс: 991 76 23 е-mail:** [**info@novi-iskar.bg**](mailto:info@novi-iskar.bg)

**ДО**

**КМЕТА НА**

**РАЙОН „НОВИ ИСКЪР“**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за** **предоставяне на социални услуги в домашна среда**

във връзка с изпълнение на Постановление на МС за изпълнение на държавния бюджет на Република България за 2018г.

от.............................................................................................................................................................

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

ЕГН ………………...........................; Настоящ адрес: гр.(с) ......................................................,

ул. …….......................................................................... № .........., бл. ......, вх. ....., ет. ...... , ап. ......,

телефон за връзка: ...............................................

**Уважаема г-жо Райчева,**

**Заявявам** желанието си да бъда назначен/а като **Социален асистент** в изпълнение на Постановление на Министерски съвет за изпълнение на Закона за държавния бюджет на Република България за 2018г. за целево осигуряване на социални услуги в домашна среда („Личен асистент“, „Социален асистент“ и „Домашен помощник“) за хора с увреждания и лица над 65г. с ограничения или в невъзможност за самообслужване на потребителя ………………………………………………………………………………………………………

**Трудов статус:**

🞎 безработен/а 🞎 самонает/а 🞎 студент

🞎 трудово заето лице: 🞎 неактивно лице:

🞎 придобил/а право на професионална пенсия за ранно пенсиониране (в трудоспособна възраст)

**Прилагам следните документи:**

* Копие отдокумент за самоличност
* Копие от експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК
* Служебна бележка от месторабота (*ако асистента/помощника работи*);
* Служебна бележка от учебно заведение *(ако асистента учи);*
* Пенсионно разпореждане (само за кандидат, който е придобил право на професионална или друга пенсия за ранно пенсиониране и е в трудоспособна възраст);
* Копие от актуална банкова сметка на асистента/помощника.
* Медицинско за започване на работа;
* Свидетелство за съдимост.

Дата: ................................ Декларатор: ....................................