



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА
 Проект № BG05M9OP001-2.002-0007
„Комплексни услуги за достоен и независим живот“
*Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
 Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
 съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз
 ДОГОВОР ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА БЕЗВЪЗМЕЗДНА ФИНАНСОВА ПОМОЩ*
BG05M9OP001-2.002-0007-C001



ДО КМЕТА НА
 РАЙОН „АСПАРУХОВО“
 ОБЩИНА ВАРНА

З А Я В Л Е Н И Е

От
 ЕГН.....
 постоянен адрес:.....
 тел.....

ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ: РОДИТЕЛ НАСТОЙНИК ПОПЕЧИТЕЛ на:

Име.....
 ЕГН.....
 Постоянен адрес:.....

УВАЖАЕМА Г-ЖО КМЕТ,

Моля да бъде одобрен/а като **ПОТРЕБИТЕЛ НА УСЛУГАТА „ЛИЧЕН АСИСТЕНТ“** по Договор BG05M9OP001-2.002-0007-C001 „Комплексни услуги за достоен и независим живот – район "Аспарухово" – гр. Варна, сключен между Министерството на труда и социалната политика, чрез главна дирекция „Европейски фондове, международни програми и проекти“ и район "Аспарухово" - община Варна, финансиран от Европейския социален фонд чрез Оперативна програма Развитие на човешките ресурси 2014–2020, Процедура BG05M9OP001-2.002 „Независим живот“.

Прилагам следните документи:

- Медицинска епикриза (копие)
- Решение на ТЕЛК/НЕЛК (копие)
- Лична карта (за справка)
- Удостоверение за раждане - копие (ако става дума за дете)
- Социална оценка
- Данни за личен лекар
- Други документи

.....

Желая личен асистент да ми бъде:.....

Дата:

С уважение