**ОБЩИНА ГЛАВИНИЦА**

ул. ”Витоша” № 44  тел. (08636) 20-40; (08636); 22-84

 7630 гр. Главиница e-mail:obshtina@glavinitsa.bg ; [www.glavinitsa.bg](http://www.glavinitsa.bg)

 „ Домашен социален патронаж“

     адрес: гр. Главиница, ул. „Дунав” № 6,

 обл. Силистра, телефон: 08636 2182

     е-mail: dspatronaj\_gl@ abv.bg

     Управител: Севинч Шевкъ

Работно време:  08.00 ч. - 17.00 ч., от понеделник до петък.

Домашен социален патронаж е социална услуга, която се предоставя от Община Главиница. Домашен социален патронаж обслужва 23 населени места на територията на Община Главиница, чрез приготвяне и предоставяне на храна по домовете на възрастни хора и лица с увреждания, които са затруднени или не са в състояние сами да приготвят храната си.

**Капацитет**: 280 места.

180 места, които към момента са заети.

Целеви групи:

1. Лица, навършили пенсионна възраст.

2. Лица с намалена работоспособност над 71%, удостоверена с ЕР на ТЕЛК/НЕЛК.

3. Ветерани от войните, военноинвалиди;

4. Деца с намалена възможност за социална интеграция.

Дейностите са насочени към:

* Доставяне на храна по лична заявка.
* Доставяне на храна в рамките на работната седмица ежедневно. На потребителите се доставя приготвена храна, включваща: супа, основно ястие и хляб. Храната се приготвя съгласно Сборник рецепти за заведения за обществено хранене.

 Услугите, предоставяни от Домашен социален патронаж, се извършват от квалифициран персонал с подходящо образование и опит в сферата на социалните услуги:

* Управител, касиер, специалист социална услуга, медицинска сестра, шофьор - 2 бр., главен готвач, помощник готвач -2бр., работник кухня – 2 бр., мияч на съдове – 2 бр., разносвач на храна, калкулант.

**Условия и ред за ползване на социалната услуга Домашен Социален Патронаж**:

Лицата, желаещи да ползват услугата, предоставяна от Домашен социален патронаж подават заявление до управителя на Домашен социален патронаж. Въз основа на подаденото заявление и приложените към него необходими документи, специалист социална услуга, определен от управителя на ДСП извършва социална оценка на потребностите на лицето от социалните услуги и изготвя доклад-предложение. Управителят на ДСП сключва договор, за ползване на социалната услуга, въз основа на изготвената оценка на потребностите. Лицата, ползващи услуга в системата на Домашен социален патронаж заплащат месечна такса в размер, съответстващ на реалните разходи за ползване на услугата. Разходите включват материално веществената част на месечните разходи за: храна по заявка, транспортни разходи за разнасяне на храната и хигиенните материали, както и съответната част от общите разходи за електрическа и топлинна енергия, природен газ и вода за приготвяне на храната.

**Домашен Социален Патронаж предоставя и Проект „Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19 в Община Главиница“ по Оперативна програма за храни и/или основно материално подпомагане, BG05FMOP001-5.001 - „3.1 - Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19“**, тази дейност е насочена към най-уязвимите групи, като ги подпомага в тяхната естествена семейна среда, чрез приготвяне и ежедневно доставяне на разнообразна храна. Топлият обяд се предоставя на нуждаещи се потребители и отговарящи на критериите за подбор в 23-те населени места на община Главиница. Храната е напълно безплатна и включва: супа, основно ядене и хляб, един път седмично и десерт. Лицата, желаещи да ползват услугата -„3.1 - Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19“ , предоставяна от Домашен социален патронаж подават заявление по образец до Община Главиница.

**Капацитет**: 250 места.

Целеви групи:

1. Лица без доходи или с ниски доходи под линията на бедност - хора в затруднение поради влошената икономическа обстановка в страната, хора, които поради възрастта си или налични увреждания са в по-висок риск от заразяване и неблагоприятно протичане на инфекцията.
2. Лица, поставени под карантина - без доходи или с ниски доходи под линията на бедност и нямат близки, които да им окажат подкрепа.
3. Лица, обект на социално подпомагане, за които е установена нужда от допълнителна подкрепа и в условията на извънредна епидемична обстановка, са в невъзможност да задоволят основните си жизнени потребности.

**Образец на заявление за ползване на социалната услуга Домашен Социален Патронаж**.

Вх.№…………. ДО

………………… УПРАВИТЕЛЯ

 НА ДОМАШЕН СОЦИАЛЕН

 ПАТРОНАЖ

 ГР. ГЛАВИНИЦА

 **З А Я В Л Е Н И Е**

 **за ползване на социални услуги**

 **държавна дейност**

от ……………………………...........................................................................................

настоящ адрес:…………………………………………община Главиница

ул………………………………….№………..бл……………вх……………ет………………

ЕГН:…………………………..лична карта/л.п.с………………/№………………………....

Издадена от…………………………..на………………………..гр…………………………..

**УВАЖАЕМИ г-н/г-жа УПРАВИТЕЛ,**

Желая да получавам следните услуги:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

/посочва се вида на специализираната институция или социална услуга предоставена в общността/

**ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:**

1. **Копие от документ за самоличност:**
2. **Копие от личен амбулаторен картон / ако има такъв/**
3. **Копие от решение на ЛКК,ТЕЛК,РЕЛКК,НЕЛК,ЦЕЛКК /ако има такова/**
4. **Медицинска характеристика за психичното състояние с насочване към подходяща специализирана институция.**
5. **Други.**

**…………..................20…..год. С уважение:………………**

**Гр. Главиница /подпис/**

**Образец на заявление за ползване на социалната услуга „3.1 - Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19“**



**ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА ЗА ХРАНИ И/ИЛИ ОСНОВНО МАТЕРИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ**

**ФОНД ЗА ЕВРОПЕЙСКО ПОДПОМАГАНЕ НА НАЙ- НУЖДАЕЩИТЕ СЕ ЛИЦА**

Операция BG05FMOP001-5.001

„3.1 - Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19“

 **Приложение № 2**

 **към Методиката**

 **ДО**

**ОБЩИНА ГЛАВИНИЦА**

(представителя на общината - партньор)

ЗАЯВЛЕНИЕ – ДЕКЛАРАЦИЯ

От................................................................................................................................................................

*име, презиме, фамилия на лицето или законния представител на детето /*

За.................................................................................................................................................................

*/име, презиме, фамилия на детето/*

Лична карта/ личен паспорт №.............................. изд. на ...................................................................

от ............................................................ ЕГН/ЛНЧ .........................................................................................

Постоянен адрес:гр./с./...............................................област...................................................................

Община.....................................ж.к./кв......................................................................................................

Ул. ................................................................№............., бл. ........., вх. ......., ет. ......., ап. ......................

Настоящ адрес:гр./с./...............................................област......................................................................

Община.....................................ж.к./кв......................................................................................................

Ул. ................................................................№............., бл. ........., вх. ......., ет. ......., ап. ......................

Телефон......................................................

**Желая да получавам топъл обяд по проект финансиран по Оперативната програма за храни и/или основно материално подпомагане от Фонда за европейско подпомагане на най-нуждаещите се лица за периода**

**Запознат/а съм с условията за предоставяне на топъл обяд и ДЕКЛАРИРАМ:**

**Семейно положение:**

Съпруг /а/ съжителстващ на семейни начала ........................................................................... ЕГН...............................................

с настоящ адрес:гр./с./...............................................област...................................................................

Община.....................................ж.к./кв......................................................................................................

Ул. ................................................................№............., бл. ........., вх. ......., ет. ......., ап. ......................

Социална група на съпруг/а/ / пенсионер, работещ, учащ/ .................................................................

Здравословно състояние на съпруг/а/ / здрав;  с ЛКК;  с ТЕЛК/НЕЛК/ ........................

**Пол: □мъж**

 **□жена**

**Възраст: □ до 15 години**

 **□ 65 и над 65 години**

/Попълва се, само ако попадате в тези групи/

**Принадлежност**

**към групи в неравностойно положение: □** мигрант

 **□** чужд гражданин

 **□** лице от малцинствени общности /вкл.роми/

 **□** лице с увреждания

 **□** бездомно лице

**Съжителствам със следните членове на семейството:**

**Име, презиме, фамилия Родствена или друга връзка с декларатора**

1. . ....................................................................................................
2. . ....................................................................................................
3. . ....................................................................................................

**Лица, задължени по закон да осигуряват издръжката ми:**

**Име, презиме, фамилия, адрес, телефон Родствена или друга връзка с декларатора**

1. . .................................................................................................................................................
2. . .................................................................................................................................................

**Доходите на семейството ми през предходния месец са общо……лв., в това число от:**

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

(описание на доходите)

**През последния месец съм получил/а/ обезщетения и помощи на основание:**

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

(от къде е получено обезщетението или помощта, нормативно основание)

**Декларирам, че за периода на получаване на топъл обяд няма да участвам в други програми с предоставяне на храна и няма да ползвам подобен тип услуги на друго основание.**

**При промяна на обстоятелствата и условията, при които ползвам услугата, се задължавам в 3-дневен срок да уведомя доставчика.**

**Известно ми е, че за вписването на неверни данни в тази декларация, нося наказателна и гражданска отговорност.**

**Информиран съм, че копие на заявлението ще бъде предоставено и личните ми данни ще бъдат обработвани от Агенцията за социално подпомагане (АСП) и нейните териториални поделения и ще бъдат предоставени на трети страни, единствено по повод участието ми в Операция „3.1 - Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19“.**

**На основание чл. 74, ал. 2 , т. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс давам писменото си съгласие Национална агенция за приходите да предостави на АСП необходимата данъчна и осигурителна информация единствено по повод включването ми в Операция „3.1 - Топъл обяд в условията на пандемията от COVID-19“, за което подписвам декларация за съгласие за разкриване на данъчна и осигурителна информация в 2 оригинални екземпляра и се съгласявам единия да бъде предоставен на ДСП.**

**Прилагам следните документи:**

1. Попълнени декларации за разкриване на данъчна и осигурителна информация за пълнолетните членове в моето семейство....... бр.
2. ......................................................................................................
3. ......................................................................................................

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

**(подпис)**

**Три имена и длъжност …………………………………………………………………………....**

**Подпис:**

**Дата:**