***Проект!***

***Приложение 1***

**До**

**Директора на**

**Дирекция „Социално подпомагане“**

**Град ……**

**ФОРМУЛЯР ЗА ПРЕЦЕНКА НА ПРИНАДЛЕЖНОСТ**

към рискова група по раздел V от Програмата за хуманитарна подкрепа и интеграция на разселените лица от Украйна с предоставена временна закрила в Република България

**Вх.№……/……..г.**

1. ……,ЛНЧ…….....

- Регистрационна карта за временна закрила № …… от ……,
  Международен паспорт, №…….серия ……., издаден на…… от……
- Идентификационен документ за самоличност от Република Украйна №……издаден на……г.
- Адрес в Република Украйна…….и

2. ……..……ЛНЧ…….……..……,
   (съпруг /съпруга)

- Регистрационна карта за временна закрила № ……..…..от ……..
  Международен паспорт, №……..серия ……., издаден на…… от……
- Идентификационен документ за самоличност от Република Украйна №……издаден на ……г.
- Адрес в Република Украйна ……...

В състава на семейството ми има непълнолетни деца, които не са сключили брак, и те са:

1……, ЛНЧ……..……, дата на раждане…….., училищна/предучилищна заетост – ДА / НЕ

2……, ЛНЧ……, дата на раждане…….., училищна/предучилищна заетост – ДА / НЕ

3……., ЛНЧ……, дата на раждане……., училищна/предучилищна заетост – ДА / НЕ

I. С настоящото заявявам/е, че в състава на семейството[1] **има** представители на следните рискови групи:

а) дете/деца от 0 до навършване на 12-годишна възраст – ДА / НЕ;

б) дете/деца от 12 до навършване на 16-годишна възраст, когато не са обхванати от образователната система в страната по независещи от родителя причини и след като има подадено заявление за приемане в училище - ДА / НЕ

в) бременна жена след третия месец на бременността, когато бременността е удостоверена с медицински документ, издаден от компетентен орган в Република България- ДА / НЕ

г) човек с трайно увреждане[2], установено от компетентен орган в Република България - ДА/ НЕ

д) лице с психично заболяване, удостоверено с медицински документ от компетентен орган в Република България - ДА / НЕ

е) лице, полагащо грижи за тежкоболен член на семейството, в т.ч. и за лице с психично заболяване, когато същото е зависимо от грижа - ДА / НЕ

ж) лице на възраст на и над 65 години - ДА / НЕ

з) съпруг/съпруга на лице по буква „ж“, на възраст над 60 години, пенсиониран съгласно законодателството на Украйна - ДА / НЕ

и) лице с трайно увреждане по „г“, подало заявление до органите на медицинската експертиза с входящ номер, етапна епикриза и медицински документи, удостоверяващи нетрудоспособността - ДА / НЕ

**<u>За потвърждаване на обстоятелствата по т. I, прилагаме следните удостоверителни документи:</u>**

✓ Регистрационна/и карта/и за временна закрила, международен паспорт и документ за самоличност от Република Украйна (за справка).

✓ Актове за раждане/Удостоверение за родствени връзки и други удостоверителни документи, за потвърждаване на обстоятелства по т. I, букви „а“, „б“ и „е“.

……

……

……..

[1] "Семейството" включва съпрузите, ненавършилите пълнолетие деца, както и навършилите пълнолетие, ако продължават да учат, до придобиване на средно образование, но не по-късно от 20-годишна възраст (родени, припознати, осиновени, доведени, заварени, с изключение на сключилите брак).

[2] Човек с трайно увреждане е лице с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата го среда би могла да възпрепятства неговото пълноценно и ефективно участие в обществения живот, и на което медицинската експертиза е установила вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност 50 и над 50 на сто.

✓ Експертно решение на ТЕЛК/Протокол на ЛКК/медицински документ за потвърждаване на обстоятелства по т. I, букви „в“, „г“, „д“ и „е“.

……

……

……..

✓ Заявление до органите на медицинската експертиза (с входящ номер, етапна епикриза и медицински документи, удостоверяващи нетрудоспособността в превод на български) за потвърждаване на обстоятелства по т. I, буква „и“.

……

……

✓ Други

……

……

**Уведомен съм/уведомени сме, в случай че не попадам/е в категорията лица по раздел V, след изтичане на 60 дни от настаняването ми/ни** по настоящата Програма за хуманитарна подкрепа и интеграция на разселени лица от Украйна с предоставена временна закрила в Република България, ще остана/останем в мястото за настаняване **срещу заплащане на престоя си там или ще напусна/напуснем мястото за настаняване в деня след изтичане на този срок.**

**Уведомен съм/уведомени сме, че в 7-дневен срок от получаването на експертно решение, издадено от органите на медицинската експертиза (ТЕЛК/НЕЛК) трябва да го представя в дирекция „Социално подпомагане“.**

*(за лице с трайно увреждане подало заявление до органите на медицинската експертиза)*

Уведомен съм/уведомени сме, че решението за настаняване в конкретно място на работната група към Националния оперативен щаб, във връзка с хуманитарната подкрепа за настаняване, ще ми бъде съобщено писмено до 30 дни от подаване на формуляра в ДСП гр. ……..

Съгласен съм/съгласни сме личните ми/ни данни да бъдат обработени от държавните органи за целите на Програмата за хуманитарна подкрепа и интеграция на разселените лица от Украйна с предоставена временна закрила в Република България.

Давам/е съгласие личните ми/ни данни да бъдат използвани за преценка на принадлежност към рискова група с оглед оказване на подкрепа чрез предоставяне на услуга по настаняване, както и за включване в подходящи интеграционни мерки.

Подпис: 1. ……..

2. ……..

Дата: …… Длъжностно лице:……..

(фамилия, длъжност и подпис на служител на ДСП)

***<u>Попълва се от служител на ДСП</u>***

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Г-жа/г-н

……

Принадлежи към рискова група:

……

……

……

……

……

……

Членове на семейството:……. съпруг/а

……... дете до 18 г.

Местоживеене в Република Украйна: ……,зона засегната от военните действия.

Забележка…….....

Дата:…….....г. Подпис:……..

(длъжностно лице, изготвило заключението)

Дата: …….г. Подпис:……

(директор на ДСП)