**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ**

 Екипът за управление на проект за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-6.002 “Патронажна грижа + в община Търговище” Ви уведомява за следното:

 1. Настоящата декларация цели да гарантира спазването на Вашите права и защита на Вашите лични данни.

 2. Предоставянето на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги за нуждаещите се лица с увреждания и възрастни хора е безплатно за Вас и Вашето семейство.

 3. Патронажната грижа се осъществява от специалист по „Здравни грижи”- медицинска сестра, фелдшер или акушерка и специалист по социални дейности. Честотата на неговите посещения ще се определи на база извършена оценка на вашето здравословно състояние и потребностите от социални дейности. Точният брой посещения, всяко от които с продължителност не повече от два часа дневно ще Ви бъде съобщен при първото посещение и при необходимост може да бъде променян.

 4. Вие трябва да предоставите на медицинската сестра/фелдшера/акушерката и на специалиста по социални дейности данни за контакт с Вашия личен лекар и с Вашите близки.

 5. Информираме Ви, че всеки системен отказ от дейност (до три пъти), причинена вреда или проява на агресия или дискриминация срещу специалиста по „Здравни грижи”- или специалиста в областта на социалните услуги е основание за изключването Ви от услугата.

 6. С подписа си Вие приемате условията за предоставяне на патронажни грижи за периода на проекта в община Търговище.

 **Долуподписаният/ата**

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

(име, презиме, фамилия на декларатора)

изразявам съгласието си да участвам в проект BG05M9OP001-6.002-0105-C01 "Патронажна грижа + в община Търговище“ и след като се запознах с условията, посочени по-горе ги приемам.

Предоставям следната информация:

1. Личният ми лекар е:

……………………………………………………………………………………………………

1. Телефонен номер за връзки:…………………………………………………………………...
2. Лечебно заведение, в което работи личният лекар:

……………………………………………………………………………………………………

1. Близки за контакт:

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

(посочват се имената на близките и телефонни номера за връзка)

дата:……………………………

град/село:……………………... подпис:…………………....

 В случай на необходимост може да се свържете с екипа за изпълнение на проекта на следния телефонен номер: 0601/6 37 42