



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОБЩИНА РУЕН, ОБЛАСТ БУРГАС

Приложение №1

Декларация за информирано съгласие

Екипът за управление на проект за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-2.040 “Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания - Компонент 2” в община Руен, област Бургас 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 променен.

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 Руен, област Бургас.

Долуподписаният/ата

(име, презиме, фамилия на декларатора)

изразявам съгласието си да участвам в проект BG05M9OP001-2.040-0053-C01 Патронажни грижи чрез предоставяне на здравно-социални услуги в община Руен и след като се запознах с условията, посочени по-горе ги приемам.

Предоставям следната информация:

Проектът BG05M9OP001-2.040-0053-C01 Патронажни грижи чрез предоставяне на здравно-социални услуги в община Руен, се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”, съфинансирана от Европейския социален фонд на ЕС



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОБЩИНА РУЕН, ОБЛАСТ БУРГАС

1. Личният ми лекар е:

Телефонен номер за връзки:

Лечебно заведение, в което работи личният лекар:

2. 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: **0888977007- Мийрем Иб**