

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<sup>1</sup> 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) лице с трайно увреждане<sup>2</sup>, 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, след представен документ за право на пенсия от Украйна, преведен на български език - ДА / НЕ

и) лице с трайно увреждане по буква „г“, подало заявление до органите на медицинската експертиза в Р България (с входящ номер, направление към ТЕЛК от личен лекар, етапна епикриза и други медицински документи, издадени от българските здравни специалисти/институции, удостоверяващи нетрудоспособност) - ДА / НЕ

**За потвърждаване на обстоятелствата по т. I, прилагаме следните удостоверителни документи:**

✓ 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/Удостоверение за граждански брак, заявление за прием в училище и други удостоверителни документи, за потвърждаване на обстоятелства по т. I, букви „а“, „б“, „е“ и „з“ .

.....  
.....

<sup>1</sup> "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).

<sup>2</sup> "Хора с трайни увреждания" са лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществения живот, и на които медицинската експертиза е установила вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност 50 и над 50 на сто, съгласно разпоредбите на § 1, т. 2 от Допълнителните разпоредби на Закона за хората с увреждания.

✓ Экспертно 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, направление от личен лекар към ТЕЛК и друга медицински документи, издадени от българските здравни специалисти/институции, 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) съм задължен да го представя в дирекция „Социално подпомагане“ по местонахождение.**

*(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)

**Попълва се от служител на ДСП**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Г-жа/г-н

.....

Принадлежи към рискова група:

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

Членове на семейството:..... съпруг/а

..... дете до 18 г.

.....

Забележка.....

.....

Дата:.....г.

Подпис:.....

(длъжностно лице, изготвило заключението)

Дата: .....г.

Подпис:.....

(директор на ДСП)