



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА ЦЕНОВО, ОБЛАСТ РУСЕ

Приложение № 5

ДЕКЛАРАЦИЯ - СЪГЛАСИЕ

във връзка с ползване на социалната услуга „Асистентска подкрепа“
от деца с увреждания, с определена чужда помощ

от

.....

(име, презиме, фамилия на кандидат-потребителя за социална услуга “Асистентска подкрепа”)

ЕГН, л.к. №, издадена от МВР –гр.....,
на

с постоянен адрес: гр.(с), община....., област.....

ул. №, бл., вх., ет., ап.,
тел:.....

с настоящ адрес: гр.(с), община....., област.....,

ул. №, бл., вх., ет., ап.,
тел:..... електронен адрес:.....

чрез

Родител/Настойник/Попечител/Лице полагащо грижи

.....

(име, презиме, фамилия)

ЕГН, л.к. №, издадена от МВР –гр.....,

на; тел:.....

с постоянен адрес: гр.(с), община....., област.....

ул. №, бл., вх., ет., ап.,

с настоящ адрес: гр.(с), община....., област.....,

ул. №, бл., вх., ет., ап.,

Декларирам, че не получавам месечни помощи по реда на чл. 8д, ал. 1, във връзка с чл. 8д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейните помощи за деца. При промяна в обстоятелствата съм задължен/а да уведомя доставчика на социалната услуга „Асистентска подкрепа“ в 30-дневен срок.

Дата:

Подпис на декларатора:

/Име, фамилия/