**Приложение 1**

**Декларация за информирано съгласие**

Екипът по управление на Проект BG05M9OP001-6.002-0092„Патронажна грижа + в община Никопол” в Община Никопол 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 нуждаещи 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 и специалист по социални дейности. Честотата на техните посещения ще се определи на база извършена оценка на Вашето здравословно състояние и на потребностите от социални дейности. Точният брой посещения, всяко от които с продължителност не повече от 2 (два) часа дневно ще Ви бъде съобщено при първото посещение и при необходимост може да бъде променян.
4. Вие трябва да предоставите на медицинската сестра 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 патронажната грижа за периода на проекта в община Никопол.

Долуподписаният/ата

(име, презиме и фамилия на декларатора)

изразявам съгласието си да участвам в проект *„Патронажна грижа + в община Никопол”,* и след като се запознах с условията посочени по-горе ги приемам.

Предоставям следната информация:

1. Личният ми лекар е :

Телефон за връзка:

Лечебното заведение, в което работи личният ми 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 управление на проекта на следният телефонен номер - 0878782083***