



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ  
ЕВРОПЕЙСКИ  
СОЦИАЛЕН ФОНД



ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА  
РАЗВИТИЕ НА  
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА

Проект № BG05M9OP001-2.002-0005

**„Комплексни услуги за достоен и независим живот“**

**ДО  
Г- ЖА РУМЯНА ЦВЕТКОВА  
РЪКОВОДИТЕЛ ПРОЕКТ  
РАЙОН „ПРИМОРСКИ“  
ОБЩИНА В А Р Н А**

Вх.№ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ОТ** \_\_\_\_\_

**ЕГН:** \_\_\_\_\_ **ТЕЛЕФОН:** \_\_\_\_\_

**АДРЕС:** \_\_\_\_\_

**ЗАКОНЕН  
ПРЕДСТАВИТЕЛ:**  РОДИТЕЛ  НАСТОЙНИК  ПОПЕЧИТЕЛ

**ИМЕ:** \_\_\_\_\_

**ЕГН:** \_\_\_\_\_ **ТЕЛЕФОН:** \_\_\_\_\_

**АДРЕС:** \_\_\_\_\_

**УВАЖАЕМИ Г-Н КМЕТ,**

Моля да бъде одобрен/а като **ПОЛЗВАТЕЛ НА УСЛУГАТА „ЛИЧЕН АСИСТЕНТ“** по Договор BG05M9OP001-2.002-0005-C001 „Комплексни услуги за достоен и независим живот – Район „Приморски“, гр.Варна, сключен между Министерство на труда и социалната политика, чрез Главна дирекция „Европейски фондове, международни програми и проекти“ и Район „Приморски“ - Община Варна, финансиран от Европейския социален фонд чрез Оперативна програма Развитие на човешките ресурси 2014–2020, Процедура BG05M9OP001-2.002 „Независим живот“.

Надявам се, че молбата ми ще бъде удовлетворена.

Прилагам следните документи:

- Медицинска епикриза
- Решение на ТЕЛК
- Други документи

Желая личен асистент да ми бъде:

Дата: \_\_\_\_\_

С уважение: \_\_\_\_\_