**Приложение № 2**

**АНКЕТЕН КАРТОН**

**за осигуряване на базова подкрепа от храни и стоки от първа необходимост, чрез предоставяне на ваучер/и**

**и съпътстващи мерки за интеграция**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лични данни | Анкетирано лице | Съпруг (съпруга) на анкетираното лице |
| Име |  |  |
| Фамилия  |  |  |
| Дата на раждане |  |  |
| ЛНЧ |  |  |
| Семейно положение |  |  |
| Рег. карта на чужденец с предоставена временна закрила № /попълват се данни от документи, с които лицето разполага към момента/, дата на издаване |  |  |
| Документ за самоличност №/попълват се данни от документи, с които лицето разполага към момента/ |  |  |
| Адресна карта на чужденецИздадена на от |  |  |
| Настоящ адрес в България или адрес на местопребиваване в България |  |  |
| Пол  | □ мъж□ жена | □ мъж□ жена |
| Възраст | □ 65 години или по-възрастен | □ 65 години или по-възрастен |
| Здравословно състояние | □ здрав□ лице с увреждане | □ здрав□ лице с увреждане |
| Държава по произход |  |  |
| Принадлежност към малцинствени общности | □ да□ не | □ да□ не |

В качеството ми на разселено лице от Украйна /придружител на разселено дете от Украйна/, давам съгласието си, личните ми данни да бъдат обработвани от Агенцията за социално подпомагане /АСП/ и нейните териториални поделения на основание Решение за изпълнение на Съвета на Европейския съюз/ЕС/2022/382 от 04.03.2022 г. и Постановление на МС № 109/31.05.2022 г. за изменение и допълнение на Постановление №37 на Министерски съвет от 23.02.2015 г. за Определяне на реда и условията за изпълнение на Оперативна програма за храни и/или основно материално подпомагане от Фонда за европейско подпомагане на най-нуждаещите се лица в България за периода 2014-2020г., като предоставям попълнен Анкетен картон на хартиен носител и чрез автоматизирана обработка в Интегрираната информационна система (ИИС) на АСП и ИСУН 2020 за целите на материално подпомагане чрез предоставяне на ваучери чрез Оперативна програма за храни и/или основно материално подпомагане на ФЕПНЛ, операция тип 5 BG05FMOP001-6.001, „Предоставяне на ваучери за осигуряване на храни и стоки от първа необходимост за разселени лица от Украйна“. Информиран/а съм, че целите на обработване на личните ми данни от АСП е оказване на подкрепа чрез предоставянето на ваучер, на стойност 100 лева.

**Анкетираното лице се придружава от деца до 18-годишна възраст, както следва:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име, фамилия | ЛНЧ | Роднинска/др. връзка с анкетираното лице | Пол  | Възраст /навършени години/ | Здравословно състояние | Държава по произход | Принадлежност към малцинствени общности |
| 1. |  |  | □ мъж□ жена |  | □ здрав□ лице с увреждане |  | □ да□ не |
| 2. |  |  | □ мъж□ жена |  | □ здрав□ лице с увреждане |  | □ да□ не |
| 3. |  |  | □ мъж□ жена |  | □ здрав□ лице с увреждане |  | □ да □ не |
| 4. |  |  | □ мъж□ жена |  | □ здрав□ лице с увреждане |  | □ да□ не |

**Като оказана допълнителна подкрепа (съпътстващи мерки) получих:**

* информационни материали/ дипляни или други материали ……………………………………………... …………. □ да □ не
* консултация за условията и реда за отпускане на социални помощи………………………………………………□ да □ не
* консултация за реда и условията за ползване на социални услуги……………………..…………………………. □ да □ не
* консултаиця за възможността да се регистрирам като търсещ работа в дирекции „Бюро по труда“…...………..□ да □ не
* насочване към места за настаняване ……………………………………………………………………………….□ да □ не

- насочване към бюро за правна помощ………………………………………………………………………………..□ да □ не

- други……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Дата: Подпис на анкетираното лице: Подпис на съпруг/съпруга на анкетираното лице:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **П Р О Т О К О Л** |  |
|  Дирекция „Социално подпомагане“ - ………………………………. |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………. (имена и длъжност на длъжностното лице предоставило ваучер/и) |
|  |

Днес, …………………….2022 г., след като извърших в ИИС на АСП необходимите служебни проверки за наличие на двойно финансиране и се уверих в липсата на подобна пречка, предоставих на |
|  |
|  …………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  (имена на лицето, на което е предоставен ваучер/и) |
|  |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Ваучер  | Име на лицето/детето, за което е предоставен ваучера |
| серия | №………. |
|  |  |  |
| 1. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

Известно ми е, че срещу полученият от мен ваучер/и със срок на валидност 2 месеца от датата на издаването му, могат да бъдат закупени **само** хранителни продукти, детски храни, детски дрехи, училищни пособия, хигиенни материали и др. продукти от първа необходимост от магазинната мрежа в Република България, с изрична забрана за закупуване на лекарствени продукти, спиртни напитки, вино, пиво и тютюневи изделия.

……………………………………………………… …………………………

**Име, фамилия и подпис на лицето, предоставило ваучер Подпис на получателя**

Преглед на предоставените съпътстващи мерки……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Дата:…………………………202…г.

…………………………………………………………..

Име, фамилия и подпис на длъжностно лице от ДСП