**Додаток 1**

**До**

**Директора**

**Дирекції «Соціальна підтримка»**

**Місто …………………………………**

**ФОРМУЛЯР ДЛЯ ОЦІНКИ НАЛЕЖНОСТІ**

до ризикової групи за розділом V Програми гуманітарної підтримки та інтеграції переміщених осіб з України з наданим тимчасовим захистом у Республіці Болгарія

**Вх.№…………………………/…………………..р.**

1. **Прізвище, ім'я, по батькові: ……………………………………………………………,**

**ЛНЧ……………………..........**

Реєстраційна карта на тимчасовий захист № ……………………… від …………………,

Міжнародний паспорт №………….серія ……………., виданий ……………………….… від…………………

Ідентифікаційний документ з України №…………………………………….виданий ………………………….р.

Адреса в Україні……………………………………………………………………………..

1. **Прізвище, ім'я, по батькові: …………………………………………………………….,**

*(чоловік / дружина)*

**ЛНЧ…….………..……,**

* Реєстраційна карта на тимчасовий захист № …………….…..від ……………………..
* Міжнародний паспорт №…………..серія ……………., виданий ……………………… від…………………
* Ідентифікаційний документ з України №……………………… виданий …………………….р.
* Адреса в Україні ………………………………………………………..........................

До складу моєї сім’ї входять неповнолітні діти, які не перебувають у шлюбі:

1. ……………………………………………………………………, ЛНЧ……………..………, дата народження…………………………….., шкільне/дошкільне навчання – ТАК / НІ
2. ……………………………………………………………………,ЛНЧ……………………,  
   дата народження…………………………….., шкільне/дошкільне навчання – ТАК / НІ
3. ……………………………………………………………………, ЛНЧ………………..…, дата народження…………………………………., шкільне/дошкільне навчання – ТАК / НІ

**I. Цим підтверджую, що у складі сім'ї**[[1]](#footnote-1) **є представники таких ризикових груп:**

а) Дитина/діти від 0 до 12 років – ТАК / НІ;

б) Дитина/діти віком від 12 до 16 років, які не охоплені освітньою системою країни з незалежних від батьків причин та після подання заяви на прийом до школи – ТАК / НІ.

в) Вагітна жінка після третього місяця вагітності, що підтверджується медичним документом, виданим компетентним органом у Болгарії – ТАК / НІ;

г) Особа з постійною інвалідністю[[2]](#footnote-2), підтверджена компетентним органом у Болгарії – ТАК / НІ;

д) Особа з психічним захворюванням, підтверджена медичним документом – ТАК / НІ;

е) Особа, яка доглядає за важкохворим членом сім'ї, включаючи особу з психічним захворюванням, яка потребує догляду – ТАК / НІ.

ж) Особа віком 65 років і більше – ТАК / НІ;

з) Чоловік/дружина особи за пунктом «ж», віком понад 60 років, яка є пенсіонером відповідно до законодавства України, після пред’явлення документа про право на пенсію з України, перекладеного болгарською мовою – ТАК / НІ.

и) Особа з постійною інвалідністю за пунктом «г», яка подала заяву до органів медичної експертизи в Республіці Болгарія (з вхідним номером, направленням до ТЕЛК від сімейного лікаря, етапним епікризом та іншими медичними документами, виданими болгарськими медичними фахівцями/установами, що підтверджують непрацездатність) – ТАК / НІ.

**Для підтвердження обставин за п. I додаємо такі підтверджуючі документи:**

* Реєстраційна/і картка/и на тимчасовий захист, міжнародний паспорт та документ з України (для ознайомлення).
* Свідоцтва про народження /Свідоцтво про шлюб, заява на прийом до школи та інші підтверджуючі документи для підтвердження обставин за п. I, підпункти «а», «б», «е» та «з».

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Експертне рішення ТЕЛК/Протокол ЛКК/медичний документ для підтвердження обставин за пунктами «в», «г», «д» та «е».

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Заява до органів медичної експертизи (з вхідним номером, етапний епікриз, направлення від сімейного лікаря до ТЕЛК та інші медичні документи, видані болгарськими медичними фахівцями/установами, що підтверджують непрацездатність, перекладені болгарською мовою) для підтвердження обставин за п. I, підпункт «и».

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Інші документи: ………………………………………………………………………………………………….

**Мене/нас повідомлено**, що у разі неналежності до категорії осіб за розділом V Програми, після закінчення **60 днів проживання** за цією Програмою гуманітарної підтримки та інтеграції переміщених осіб з України з наданим тимчасовим захистом у Республіці Болгарія, я/ми маю/маємо залишитися у місці проживання за плату за перебування або залишити його наступного дня після закінчення цього терміну.

**Мене/нас повідомлено**, що протягом **7 днів з моменту отримання експертного рішення**, виданого органами медичної експертизи (ТЕЛК/НЕЛК), я/ми зобов'язаний/ надати його до Дирекції «Соціальна підтримка» за місцем проживання.  
*(Для особи з постійною інвалідністю, яка подала заяву до органів медичної експертизи)*

**Мене/нас повідомлено**, що рішення про розміщення на конкретному місці, ухвалене робочою групою при Національному оперативному штабі, у зв'язку з гуманітарною підтримкою для проживання буде повідомлено мені/нам **письмово протягом 30 днів** від подання форми до ДСП м. ……………………..

**Я/ми надаю/надаємо згоду** на обробку моїх/наших персональних даних державними органами, з метою виконання Програми гуманітарної підтримки та інтеграції переміщених осіб з України з наданим тимчасовим захистом у Республіці Болгарія.

**Я/ми надаю/надаємо згоду** на використання моїх/наших персональних даних для оцінки належності до ризикової групи з метою надання підтримки через забезпечення проживання та для включення в відповідні інтеграційні заходи.

**Підпис:**

1. ………………………..
2. ………………………..

Дата: ………………………………

**Посадова особа: …………………………..**

*(прізвище, посада та підпис працівника ДСП)*

***Заповнюється співробітником ДСП***

**ВИСНОВОК**

Громадянин/ка ………………………………………………………………………………………………………  
Належить до ризикової групи: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Члени сім'ї:

* ………………………………………………………….. - чоловік/дружина
* ………………………………………………………….. - дитина до 18 років

Примітка: ……………………………………………………………………

Дата:……………......р.

Підпис:……………………..  
*(співробітник, що підготував висновок)*

Дата: ……………….р.

Підпис:…………………………………  
*(директор ДСП)*

1. Склад сім’ї: подружжя. Неповнолітні діти. Повнолітні діти, якщо вони продовжують навчання, до здобуття середньої освіти, але не пізніше 20-річного віку, включаючи: рідних дітей (народжених або визнаних), усиновлених дітей, прийомних дітей (пасинків, пасербиць), дітей від попереднього шлюбу (вітчими, мачухи), винятки: діти, які перебувають у шлюбі. [↑](#footnote-ref-1)
2. "Особи з постійними інвалідностями" – це особи, які мають стійкі фізичні, психічні, інтелектуальні або сенсорні порушення, що при взаємодії з навколишнім середовищем можуть ускладнювати їх повноцінну та ефективну участь у суспільному житті. Для таких осіб медична експертиза встановила: Вид і ступінь інвалідності або ступінь стійко зниженої працездатності 50% і більше, відповідно до положень § 1, п. 2 Додаткових положень Закону про осіб з інвалідністю. [↑](#footnote-ref-2)