ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Екипът за организация и управление на по Проект „Патронажна грижа +в община Доспат”, Договор № BG05M9OP001-6.002-0094-С01,който

се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020, съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз

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 нуждаещите се лица с увреждания и възрастни хора е безплатно за Вас и Вашето семейство.
3. „Патронажната грижа+ в община Доспат” се осъществява от специалисти по здравни грижи – медицинска сестра, специалисти по социални дейности – домашен помощник и психологическа помощ – психолог. Честотата на посещенията ще се определи на база извършена оценка на Вашето здравословно състояние и на потребностите от социални дейности. Точния брой посещения, всяко от които с продължителност не повече от два часа дневно ще Ви бъде съобщен при първото посещение и при доказана необходимост може да бъде променян.
4. Вие трябва да предоставите на екипа, медицинските специалисти и на специалистите 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 специалистите, които Ви предоставят услугата, е основания за изключването Ви от услугата.
6. С подписа си Вие приемате условията за предоставяне на патронажни грижи за периода на проекта в община Доспат.

Информацията, която предоставяте, ще се счита за строго конфиденциална.

Долуподписаният/ата

…………………………………………………………………………………………………

/име, презиме, фамилия на декларатора/

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

Предоставям следната информация:

1. Личният ми лекар е:

…………………………………………………………………………………………………

Телефонен номер за връзка:

…………………………………………………………………………………………………

1. Близки за контакт:

………………………………………………………………………………………………… /посочват се имената на близките и телефонни номера за връзка/

Дата:……………………………….

Град/село:…………………………. Подпис:…………………………………