

Вх. №/.....2017 г.
(попълва се служебно)

**ДО : БЮРОТО ЗА ПРЕВОДАЧЕСКИ УСЛУГИ
КЪМ РАЙОННА ОРГАНИЗАЦИЯ НА
ГЛУХИТЕ, ГРАД**

МОЛБА – ДЕКЛАРАЦИЯ

**за целева помощ по чл. 51 от Правилника за прилагане на Закона
за интеграция на хората с увреждания**

от **ЕГН**
(име, презиме, фамилия)

постоянен адрес: област **община** п.код гр./с.

ул./ж. к. №. бл. вх. ет. ап.; **телефон за връзка:**
(личен или на близък човек)

Член съм на СГБ / Не съм член на СГБ
(подчертайте вярното и задраскайте грешното)

УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

Притежавам решение на ТЕЛК № дата, с което ми е призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 50 или над 50 на сто, **вследствие на увреждане на слуха.**

На основание чл. 51 от Правилника за прилагане на Закона за интеграцията на хората с увреждания, моля да ми бъде отпусната целева помощ за жестомимичен преводач, необходим ми за посещението в
(посочват се посетените институции или организации)

Декларирам:

Ползвам целева помощ за придружител/жестомимичен преводач само чрез Съюза на глухите в България.

Досега за 2017 г. съм ползвал целева помощ в размер на лв. за часа за жестомимичен превод.

Съгласен/а съм Съюзът на глухите в България и неговите териториални подразделения да събират, съхраняват и обработват личните ми данни, съгласно Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с получаване на парични и други помощи.

За деклариране на неверни данни нося отговорност по реда на чл. 313 от НК.

Приложение:

1. Документ за самоличност (за справка).
2. **Копие от експертното решение на ТЕЛК / НЕЛК.**
3. Служебни бележки (за общо до 10 часа) от:
 - държавни или общински административни институции,
 - здравни институции,
 - културни институции,
 при посещението на които съм ползвал жестомимичен преводач.

гр.

Декларатор :
(подпис)