

## **ПРАВИЛА**

### **ЗА НАСТАНЯВАНЕ НА ЛИЦА, ЖЕЛАЕЩИ ДА ПОЛЗВАТ УСЛУГИТЕ НА „РЕГИОНАЛЕН ХОСПИС” ЕООД - СТАЦИОНАР ГР.ДРЯНОВО С ФИНАНСОВАТА ПОДКРЕПА НА ОБЩИНА СЕВЛИЕВО**

#### **I. В „РЕГИОНАЛЕН ХОСПИС” ЕООД – СТАЦИОНАР ГР.ДРЯНОВО, СЕ НАСТАНЯВАТ ЛИЦА С ФИНАНСОВА ПОДКРЕПА ОТ ОБЩИНА СЕВЛИЕВО, КОИТО ОТГОВАРЯТ НА СЛЕДНИТЕ УСЛОВИЯ**

1. Здравословно състояние, удостоверено с медицински документи, за напреднал стадий на някое от следните заболявания:

- 1.1. Злокачествени новообразувания в терминален стадий;
- 1.2. Състояние след прекаран тежък мозъчен инсулт;
- 1.3. Паркинсонов синдром;
- 1.4. Захарен диабет с късен дегенеративен синдром;
- 1.5. Хронична бъбречна недостатъчност.

2. Да е в тежко здравословно състояние, удостоверено с медицински документи.

Тежестта на заболяването се определя от степента на увреждане на общото състояние и възможността за самообслужване на лицето.

3. Лицето, желаещо да ползва услугата, следва да е насочено за настаняване в „Регионален хоспис” ЕООД – стационар гр.Дряново, от личен лекар, лекар–специалист или по собствено желание.

4. Да е с настоящ адрес на територията на Община Севлиево не по-малко от 2 години към датата на подаване на заявлението за ползване услугите в „Регионален Хоспис” ЕООД.

5. Да няма сключен договор срещу задължение за издръжка и гледане.

6. Да не притежава собствено движимо и недвижимо имущество, което може да бъде източник на допълнителни доходи.

7. Да не е извършвал сделки (покупко-продажба, дарение и други разпоредителни сделки) с движимо и недвижимо имущество през последните 5 години.

8. */изменена с решение № 102 от 29.04.2020 г., решение № 151 от 27.07.2023 г. /* От средния месечен доход на лицето и неговото семейство (семействата на роднини по права линия до първа степен) за предходните шест месеца се изважда 50 % от сумата на месечната такса за престой в „Регионален хоспис” – стационар гр. Дряново и остатъкът не трябва да надвишава средномесечно сумата, необходима за издръжка на живот на член от семейството, определен за годината на кандидатстване.

9. Лицето и неговите близки да нямат финансовата възможност да заплащат пълната такса за престоя в „Регионален хоспис” – стационар гр. Дряново.

#### **II. ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА УСЛУГИТЕ НА „РЕГИОНАЛЕН ХОСПИС” ЕООД – СТАЦИОНАР ГР. ДРЯНОВО**

1. */изменена с решение № 151 от 27.07.2023 г. /* Община Севлиево подпомага финансово със средства от Общинския бюджет лица, отговарящи на условията, упоменати в раздел I, настанени в „Регионален хоспис” ЕООД – стационар гр. Дряново, със Заповед на Кмета на Община Севлиево за отпускане на индивидуална помощ на

настаненото лице по предложение на определената със Заповед комисия за подбор на желаещите за отпускане на финансова помощ за ползване на услугите на „Регионален хоспис” – стационар гр. Дряново, като заплаща 60 % от дневната такса на настаненото лице.

2. При лица, отговарящи на условията, упоменати в раздел I, без близки с родствена връзка по права линия до първа степен, но с месечни доходи, лицето предоставя 80% от доходите си за ползване услугите на „Регионален хоспис” ЕООД – стационар гр.Дряново, като останалата част до пълния размер на издръжката се поема от Община Севлиево, със Заповед на Кмета за отпускане на индивидуална помощ по предложение на комисията за подбор на желаещите за отпускане на финансова помощ за ползване на услугите на „Регионален хоспис” – стационар гр. Дряново.

3. /изменена с решение № 151 от 27.07.2023 г. / При лица, отговарящи на условията, упоменати в раздел I, без близки с родствена връзка по права линия до първа степен и без месечни доходи, цялата издръжка за услугите се поема от Община Севлиево, със Заповед на Кмета за отпускане на индивидуална помощ по предложение на комисията за подбор на желаещите за отпускане на финансова помощ за ползване на услугите на „Регионален хоспис” – стационар гр. Дряново.

### **III. СРОК ЗА ИЗПОЛЗВАНЕ НА УСЛУГИТЕ НА „РЕГИОНАЛЕН ХОСПИС” ЕООД – СТАЦИОНАР ГР.ДРЯНОВО, С ФИНАНСОВАТА ПОДКРЕПА НА ОБЩИНА СЕВЛИЕВО**

1. Сроктът на пребиваване в Регионален Хоспис” ЕООД – стационар гр.Дряново, с финансовата подкрепа на Община Севлиево за лицата по т.1 от раздел II, е до четири последователни месеца за календарна година, при наличие на чакащи пациенти, след което услугата се прекратява. При отсъствие на чакащи за настаняване лица, срокът на престоя може да бъде удължаван, но не повече от 12 месеца. Удължаването на престоя се извършва по предложение на определената комисия от Община Севлиево, след заявено желание за удължаване на престоя от пациента или неговите близки, с оглед преценка състоянието на пациента. Със Заповед на Кмета на Община Севлиево се определя срока на удължаването на престоя.

2. Сроктът за престоя на лица без близки с родствена връзка по права линия до първа степен, но с месечни доходи (лицата по т.2 от раздел II) е до три последователни месеца за календарна година, след което престоя се прекратява.

3. Сроктът за престоя на лица без близки с родствена връзка по права линия до първа степен и без месечни доходи (лицата по т.3 от раздел II) е до три последователни месеца за календарна година, след което престоя се прекратява.

### **IV. ИЗИСКВАНИЯ ЗА ПОДАВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЯ ОТ ЛИЦА, ЖЕЛАЕЩИ ДА ПОЛЗВАТ УСЛУГИТЕ НА „РЕГИОНАЛЕН ХОСПИС” ЕООД – СТАЦИОНАР ГР.ДРЯНОВО С ФИНАНСОВАТА ПОДКРЕПА НА ОБЩИНА СЕВЛИЕВО И СРОКОВЕ ЗА РАЗГЛЕЖДАНЕ**

1. С финансовата подкрепа на Община Севлиево в „Регионален хоспис” – стационар гр. Дряново се настаняват лица, които подават заявление по образец, придружено от Декларации Приложение №1, №2 и №3 (по образец) за доходи на

лицето, неговите близки, даване на информирано съгласие и медицински документи, удостоверяващи здравословното състояние на лицето.

При тежко здравословно състояние на лице, което не е в състояние да подготви и подпише заявлението и придружаващите го документи за ползване услугите на „Регионален хоспис“ ЕООД - стационар гр.Дряново, това може да се извършва от съпруг/съпруга или роднините по права линия до втора степен, след представяне на документ, удостоверяващ състоянието на лицето от личен лекар или лечебното заведение.

2. Заявлението се подава в Община Севлиево – Център за информация и услуги на гражданите, гр. Севлиево, пл. „Свобода“ №1.

3. В срок до 10 работни дни от получаване на заявлението и придружаващите го документи, комисията за подбор на желаещите за отпускане на финансова помощ за ползване на услугите на „Регионален хоспис“ – стационар гр. Дряново, определена със Заповед на Кмета на Община Севлиево разглежда постъпилите документи и изготвя протокол за преценка дали лицето, което е заявило желание отговаря на условията за настаняване в „Регионален хоспис“ – стационар гр. Дряново.

4. При положително становище на комисията същата предлага на Кмета на Община Севлиево лицето да бъде подпомогнато финансово. Със Заповед на Кмета се определя срока за настаняване на лицето и индивидуалната помощ, според правилата за финансово подпомагане, упоменати в раздел II. Заповедта за настаняване се връчва на лицето и управителя на „Регионален Хоспис“ – стационар гр. Дряново.

5. В случай че комисията не одобрява желанието на лицето за настаняване в „Регионален хоспис“ – стационар гр. Дряново с финансовата подкрепа на Община Севлиево, същата уведомява лицето, подало заявлението за причината за невъзможност Община Севлиево да го подпомогне.

Настоящите правила са приети с Решение № 270 от 16.12.2014г., изменени с Решение № 092 от 26.01.2016г., Решение № 102 от 29.04.2020 г. и Решение № 151 от 27.07.2023 г. на Общински съвет - Севлиево -условия за определяне достъпа на пациенти до услугите на „Регионален хоспис“ ЕООД - стационар гр.Дряново, с финансовата подкрепа на Община Севлиево.

ДО  
КМЕТА  
НА ОБЩИНА СЕВЛИЕВО

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### ЗА ПОЛЗВАНЕ УСЛУГИТЕ НА РЕГИОНАЛЕН ХОСПИС – СТАЦИОНАР ГР.ДРЯНОВО

От:.....  
ЕГН.....  
Адрес: гр....., община.....,  
ул.....№....., вх....., ет....., ап.....,  
л.к/л.п №....., издадена от ....., на.....,  
тел.....

Чрез:.....  
ЕГН....., тел.:.....  
Адрес: гр....., община.....,  
ул.....№....., вх....., ет....., ап.....,  
В качеството на пълномощник, съгласно пълномощно рег.№...../.....г.,  
на нотариус рег.№.....

#### УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

Заявявам своето желание да ползвам услугите на „Регионален Хоспис” - ЕООД гр.Габрово – стационар гр.Дряново, за поддържащо лечение и професионални здравни грижи, като заплащам таксата за престоя с финансовата подкрепа на Община Севлиево /пълно или частично/.

Заявявам своето желание да ми бъде отпусната индивидуална финансова помощ от Община Севлиево за заплащане на месечната такса, за периода на престоя ми в „Регионален Хоспис” – стационар гр.Дряново.

#### Прилагам следните документи:

1. Заявление за ползване услугите на „Регионален хоспис” – стационар гр.Дряново;
2. Медицински документ, удостоверяващ здравословното състояние /епикриза, Протокол на ЛКК, ЕР на ТЕЛК и др./;
3. Декларация - Приложение №1;
4. Декларация – Приложение №2;
5. Декларация за информирано съгласие - Приложение №3

Дата:..... г.  
гр. Севлиево

Подпис:.....  
/...../

## ДЕКЛАРАЦИЯ

От:.....  
ЕГН.....  
Адрес: гр.....,община.....,  
ул.....№....., вх....., ет....., ап.....,  
л.к/л.п №....., издадена от ....., на.....,  
тел.....

Декларирам, че:

1. Настоящият ми адрес е на територията на Община Севлиево през последните две години.

2. Месечните ми доходи са в размер на .....лв., от:

- лична пенсия:.....лв.
- трудова дейност:.....лв.
- наем, рента, аренда:.....лв
- обезщетения от НОИ:.....лв.
- други доходи:.....лв.

За удостоверяване на доходите за последните 6 месеца следва да се приложи служебна бележка от работодател, НОИ, дирекция „Бюро по труда”.

3. Притежавам / не притежавам собствено движимо и недвижимо имущество, което може да бъде източник на допълнителни доходи.

4. Извършил съм / не съм извършил сделки /покупко-продажба, дарение и др. разпоредителни сделки/ с движимо и недвижимо имущество през последните 5 години.

5. Сключил/а съм/ не съм сключил/а договор срещу задължение за издръжка и гледане.

6.1. Нямам финансовата възможност да заплащам пълната такса за престой на ден.

6.2. Близките ми нямат финансовата възможност да заплащат пълната такса на ден, за ползване услугите на „Регионален Хоспис”.

7.Съгласен/а съм декларираните от мен обстоятелства да бъдат проверени, по служебен път от Община Севлиево.

**Известно ми е, че за вписването на неверни данни в декларацията нося наказателна отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс.**

Дата:.....г.  
гр. Севлиево

Декларатор:.....  
/...../

## ДЕКЛАРАЦИЯ

От:.....,  
.....

/посочва се родствена връзка и името на лицето,  
желаещо да ползва услугите на „Регионален Хоспис”/

ЕГН.....

Адрес:гр....., община.....,  
ул.....№....., вх....., ет....., ап.....,  
л.к/л.п №....., издадена от ....., на.....,  
тел.....

Декларирам, че:

1. Месечните ми доходи са в размер на .....лв. от:

- лична пенсия:.....лв.
- трудова дейност:.....лв.
- наем, рента, аренда:.....лв
- обезщетения от НОИ:.....лв.
- други доходи:.....лв.
- 

За удостоверяване на доходите за последните 6 месеца следва да се приложи служебна бележка от работодател, НОИ, дирекция „Бюро по труда”.

2. Нямам финансовата възможност да заплащам пълната такса за престоя в „Регионален Хоспис” – стационар гр.Дряново на:

.....,  
/посочва се името на лицето желаещо да ползва услугите на „Регионален Хоспис”  
и родствена връзка/

3. Съгласен/а съм декларираните от мен обстоятелства да бъдат проверени, по служебен път от Община Севлиево.

Известно ми е, че за вписването на неверни данни в декларацията нося наказателна отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс.

Дата:..... Г.  
гр. Севлиево

Декларатор:.....  
/...../

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

От:.....  
ЕГН.....  
Адрес: гр....., община.....,  
ул.....№....., вх....., ет....., ап.....,  
л.к/л.п №....., издадена от ....., на.....,  
тел.....

Декларирам, че СЪМ запознат/запозната и съгласен/съгласна с долуописаните условия:

- Запознат/запозната съм с условията, начина и таксите на предлаганите услуги. Известно ми е, че „Регионален хоспис“- стационар гр.Дряново е лечебно заведение, което не лекува пациентите, а предоставя здравни грижи и медикаментозна терапия на пациенти в напреднал /терминален/ стадий на заболяване, с цел осигуряване на достоен живот и психо-социална подкрепа на пациента и неговото семейство.

- Пълната такса в размер на ден, за ползване услугите в „Регионален хоспис“ – стационар гр.Дряново се заплаща съответно: **40% на ден от настаненото лице** или неговите близките и **60% на ден от Община Севлиево**, съгласно Заповед на Кмета на Община Севлиево. Сроктът на пребиваване в „Регионален хоспис“ – стационар гр.Дряново, с финансовата подкрепа на Община Севлиево е до четири последователни месеца за календарна година, при наличие на чакащи за настаняване лица, след което ползването на услугата се прекратява. При липса на чакащи лица, срокът на престоя може да бъде удължен, но не повече от 12 месеца;

- При лица без близки с родствена връзка по права линия до първа степен, но с месечни доходи, лицето предоставя 80% от доходите си, като останалата част до пълния размер на издръжката се поема от Община Севлиево, съгласно Заповед на Кмета за отпускане на индивидуална помощ. Сроктът на пребиваване е до три последователни месеца за календарна година, след което ползването на услугите се прекратява.

- При пациент без близки с родствена връзка по права линия до първа степен и без месечни доходи, цялата издръжка за престой на ден се поема от Община Севлиево, съгласно Заповед на Кмета за отпускане на индивидуална помощ. Сроктът на пребиваване е до три последователни месеца за календарна година, след което ползването на услугите се прекратява.

Дата:..... г.  
гр. Севлиево

Декларатор:.....  
/...../