**Приложение № 2**

**АНКЕТА**

**надання базової підтримки продуктами харчування та товарами першої необхідності шляхом надання ваучера(ів)**

**та інтеграційні заходи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| особисті дані | респондент | Чоловік (дружина) відповідача |
| Назва |  |  |
| Прізвище |  |  |
| Дата народження |  |  |
| ЛНЧ |  |  |
| Сімейний стан |  |  |
| Реєстраційна картка іноземця з наданим тимчасовим захистом № /заповнити дані документів, які особа має на даний момент/ |  |  |
| Документ, що посвідчує особу, №  /заповнити дані з документів, які особа має на даний момент/ |  |  |
| Адресна картка для іноземця  виданий на:  від: |  |  |
| Поточна адреса в Болгарії або адреса проживання в Болгарії |  |  |
| Стать | □ чоловік  □ жінка | □ чоловік  □ жінка |
| Вік | □ 65 років і старше | □ 65 років і старше |
| Стан здоров'я | □ здоровий  □ особа з інвалідністю | □ здоровий  □ особа з інвалідністю |
| Країна народження |  |  |
| Належність до меншин | □ так  □ ні | □ Так  □ ні |

Як переселенець з України /супроводжувач дитини-переселенця з України/ даю згоду на обробку моїх персональних даних Агентством соціальної допомоги /АСП/ та його територіальними підрозділами на підставі Рішення про впровадження від Ради Європейського Союзу/ EU/2022/382 від 04.03.2022 та Постанови Мін’юсту № 109/31.05.2022 про внесення змін та доповнень до Постанови Ради Міністрів № 37 від 23.02.2015 про визначення термінів. та умови реалізації Оперативної програми продовольчої та/або основної матеріальної підтримки від Фонду європейської допомоги найбільш потребуючим особам у Болгарії на період 2014-2020 рр. шляхом надання заповненої анкети на папері та шляхом автоматизованої обробки в Інтегрованому Інформаційна система (IIS) ASP та ISUN 2020 для цілей матеріальної підтримки шляхом надання ваучерів через Продовольчу операційну програму та/або основної матеріальної підтримки FEPNL, тип операції 5 BG05FMOP001-6.001, «До видача ваучерів для забезпечення переселенців з України продуктами харчування та товарами першої необхідності». Мене повідомили, що метою обробки моїх персональних даних ASP є надання підтримки шляхом надання ваучера на суму 100 левів.

Респондента супроводжують діти віком до 18 років, а саме:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва, Прізвище | ЛНЧ | Сімейні/інші стосунки з респондентом | Стать | Вік  /повні роки/ | Стан здоров'я | Належність до меншин | Належність до меншин |
| 1. |  |  | □ чоловік  □ жінка |  | □ здоровий  □ особа з інвалідністю |  | □ так  □ ні |
| 2. |  |  | □ чоловік  □ жінка |  | □ здоровий  □ особа з інвалідністю |  | □ так  □ ні |
| 3. |  |  | □ чоловік  □ жінка |  | □ здоровий  □ особа з інвалідністю |  | □ так  □ ні |
| 4. |  |  | □ чоловік  □ жінка |  | □ здоровий  □ особа з інвалідністю |  | □ так  □ ні |

У якості додаткової підтримки (супровідних заходів) я отримав:

- інформаційні матеріали/листівки чи інші матеріали ………………………………………………………. □ так □ ні

- консультація щодо умов та порядку призначення соціальних виплат………………………………………………□ так □ ні

- консультації щодо умов користування соціальними послугами……………………………………………………. □ так □ ні

- консультант щодо можливості зареєструватися як шукач роботи в дирекціях «Бюро праці»......………..□ так □ ні

- направлення до місць розміщення ………………………………………………………………………………….□ так □ ні

- направлення до бюро правової допомоги………………………………………………………………………..□ так □ ні

- інші……………………………………………………………………………………………………………………………… .

**Дата: Підпис відповідача: Підпис дружини відповідача:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **П Р О Т О К О Л** |  | | Управління соціальної допомоги “ - ………………………………. | | | | …………………………………………………………………………………………………………………………….  (імена та посада офіційних осіб, які видають ваучер(и) | | | |  | | |   Сьогодні, …………………….2022 г., провівши необхідні службові перевірки на наявність подвійного фінансування в ІІС АСП та переконавшись у відсутності такої перешкоди, надав до |
|  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| (імена осіб, яким було видано ваучер(и) |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | № | Ваучер | | ПІБ особи/дитини, для якої надається ваучер | | серії | №………. | |  |  |  | | 1. |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | 2. |  |  |  | |  |  |  |  | | 3. |  |  |  | |  |  |  |  | | 4. |  |  |  | | 5. |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

Мені відомо, що тільки продукти харчування, дитяче харчування, дитячий одяг, шкільне приладдя, засоби гігієни тощо можна придбати за отриманими мною ваучерами з терміном дії 2 місяці з дати отримання. товари першої необхідності з магазинної мережі в Республіці Болгарія, з чіткою забороною на придбання лікарських засобів, алкогольних напоїв, вина, пива та тютюнових виробів.

……………………………………………………… …………………………

**Прізвище, ім'я та підпис особи, яка надала ваучер Підпис одержувача**

Огляд наданих супутніх заходів………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Дата:…………………………202…г.

…………………………………………………………..

Прізвище, ім'я та підпис посадової особи з ДСП