В Муниципальное автономное учреждение

 г. Ялуторовска «Ялуторовский комплексный

 центр социального обслуживания населения»

 (наименование органа (уполномоченной организации,

 поставщика социальных услуг), в который предоставляется заявление)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты документа, удостоверяющего личность)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (гражданство, сведения о месте проживания (пребывания) на территории

 Российской Федерации)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (контактный телефон, e-mail (при наличии))

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование государственного

 органа, органа местного самоуправления, общественного объединения, представляющих

 интересы гражданина,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства,

 адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление
о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах) социального обслуживания (нужное отметить знаком V):

* Полустационарная,
* Полустационарная в рамках технологии «Реабилитационный центр на дому»

ОказываемыеМуниципальным автономным учреждением города Ялуторовска «Ялуторовский комплексный центр социального обслуживания населения»

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики)социальных услуг)

Нуждаюсь в социальных услугах: ***(указывается перечень видов социальных услуг в соответствии со стандартом, например, социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические и др.)***

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам (нужное отметить знаком V):

* **Полная/Частичная** (нужное подчеркнуть) утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности (для инвалидов, детей-инвалидов).
* **Полная/Частичная** (нужное подчеркнуть) утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы (для граждан старше 18 лет с выраженными нарушениями функций организма).
* **Наличие у ребенка в возрасте от 0 до 3 лет ограниченных возможностей здоровья.**
* **Наличие у гражданина трудностей, связанных с социализацией, в связи с заболеванием.** Условия проживания и состав семьи: не заполняется.

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя (ей) социальных: не заполняется.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных” для включения в реестр получателей социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласен/не согласен)

 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г

 (подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения)

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с приложением документов копией паспорта, копией справки МСЭ, заключение о состоянии здоровья гражданина и о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию в полустационарной форме принято «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. и зарегистрировано под №\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего заявление)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РАСПИСКА

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с приложением документов копией паспорта, копией справки МСЭ, заключение о состоянии здоровья гражданина и о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию в полустационарной форме

принято «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. и зарегистрировано под №\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего заявление)