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 нахождениягосударственного органа, органа местного самоуправления,

 общественного объединения)

**Заявление
о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах) социального обслуживания
в полустационарной форме социального обслуживания в рамках курса профилактики возрастных изменений, (указывается форма (формы) социального обслуживания)

оказываемые Муниципальным автономным учреждением города Ялуторовска «Ялуторовский комплексный центр социального обслуживания населения»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Нуждаюсь в социальных услугах:

|  |
| --- |
| Прошу предоставить социальные услуги в соответствии с индивидуальной программой |
| предоставления социальных услуг |

(указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам [[1]](#footnote-1)2:

|  |  |
| --- | --- |
| Частичная утрата способности к самообслуживанию,  |  |
| наличие хронических заболеваний с легким когнитивным дефицитом |  |

Условия проживания и состав семьи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 (указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг [[2]](#footnote-2)3:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ; |

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” [[3]](#footnote-3)4 для включения в реестр получателей социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласен/не согласен)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) | “ |  | ” |  20  | \_ г. |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата заполнения заявления) |

Заявление гражданина: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с приложением документов: копией паспорта, оригиналом заключения о состоянии здоровья гражданина и о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию в полустационарной форме

принято "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и зарегистрировано под № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего заявление)

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

Расписку получил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 2 В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации”. [↑](#footnote-ref-1)
2. 3 Статьи 31 и 32 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации”. [↑](#footnote-ref-2)
3. 4 Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2010, № 31, ст. 4196; 2011, № 31, ст. 4701; 2013, № 30, ст. 4038. [↑](#footnote-ref-3)