Форма № 2

(от уполномоченного представителя)

Директору ЛОГБУ «ЛО МРЦ»

Грищенко Ирине Владимировне

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя,*

*наименование государственного органа, органа местного самоуправления*

*представляющего интересы гражданина)*

(*реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)*

*(реквизиты документа, подтверждающие личность представителя)*

*Адрес, место жительства представителя*

*Телефон представителя:*

*Адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения*

*Телефон государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о предоставлении социальных услуг.

Прошу предоставить социальные услуги в стационарной форме с постоянным проживанием**,** оказываемые ЛОГБУ «ЛО МРЦ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

*(ФИО гражданина)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*гражданину РФ, проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( СНИЛС)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Нуждается в социальных услугах:** социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-­правовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг - **по нормам установленным Законодательством.**

**В предоставлении социальных услугах нуждается по следующим обстоятельствам:** частичная утрата способности осуществлять самообслуживание, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания и наличия инвалидности *(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности).*

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

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

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

к заявлению представлены подлинники нижеуказанных документов, **копии** которых прилагаются:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Название документа | Кол-во |
| 1 | Копия индивидуальной программы предоставления социальных услуг |  |
| 2 | Копия паспорта |  |
| 3 | Копия свидетельства о рождении |  |
| 4 | Медицинские сведения |  |
| 5 | Заключение психиатра |  |
| 6 | Копия заключения центральной психолого-медико-педагогической комиссии |  |
| 7 | Копия справки об инвалидности (МСЭ) |  |
| 8 | Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида |  |
| 9 | Страховое свидетельство государственного пенсионного фонда (СНИЛС) |  |
| 10 | Справка УПФР о размере государственной пенсии по инвалидности(за последние 3 месяца) и наборе социальных услуг (справка НСУ) |  |

Достоверность и полноту настоящих сведений: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подтверждаю/не подтверждаю)*

На обработку персональных данных о себе и в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в реестр получателей социальных услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(согласен/не согласен)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

*роспись расшифровка*