Форма № 1

(от родителя (законного представителя)

Директору ЛОГБУ «ЛО МРЦ» Грищенко Ирине Владимировне

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

*(ФИО гражданина)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*СНИЛС)*

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактные телефоны:

Дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моб. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail *(при наличии)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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)

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

**Нуждающегося 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 (законного представителя) |  |
| 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 |  |
| 10 | Справки УПФР о размере пенсии и наборе социальных услуг |  |

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 дата*