

директору ГБУ «КЦСОН Шатковского  
района»  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

телефон \_\_\_\_\_  
зарегистрирован (а) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне социальные услуги по реабилитации и/или абилитации на основании ИПРА от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, в ГБУ «КЦСОН Шатковского района».

#### ***Нуждаюсь в социальных услугах:***

№п/п	Наименование социальной услуги	Периодичность предоставления

**Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю. С порядком предоставления социальных услуг ознакомлен (а).**

На обработку персональных данных о себе в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в регистр получателей социальных услуг:

\_\_\_\_\_ согласен/не согласен

К заявлению прилагаются:

1. копия документа, удостоверяющего личность гражданина;
2. документ, подтверждающий полномочия законного представителя (с приложением копии документа, удостоверяющего личность законного представителя);
3. копии справки медико-социальной экспертизы об установлении гражданину инвалидности и индивидуальной программы реабилитации (предоставляется гражданам, имеющим инвалидность).

**Сведения проверил, заявление зарегистрировал:**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                      под № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
подпись