Директору ЛОГАУ «Кировский КЦСОН» Т.И. Рябовой

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

(ФИО полностью)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего

Личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу:

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

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о предоставлении услуги с использованием технологии**

**социального обслуживания**

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

(указать технологию)

Прошу предоставить мне услуги с использованием технологии социального

обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на

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

(постоянной, временной основе - указать на какой срок)

С условиями оказания, порядком и прекращении предоставления услуг с

использованием технологии социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

перечнем оказываемых услуг ознакомлен(а).

К заявлению прилагаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Количество экземпляров |
| Копия паспорта гражданина Российской Федерации (страницы 2, 3 и страницы, содержащие отметки о регистрации) либо при отсутствии паспорта иной документ, удостоверяющий личность заявителя (вид на жительство в РФ, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации) |  |
| Медицинское заключение о необходимости в предоставлении услуг с использованием технологии социального обслуживания |  |
| Копия справки учреждения медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (для инвалидов и детей-инвалидов) |  |
| Копия документа, подтверждающего внеочередное право предоставления услуг с использованием технологии социального обслуживания (при наличии) |  |
| Копия ИПРА (для детей-инвалидов) |  |
| Копии документов, подтверждающих факт проживания на территории Ленинградской области (всем, кроме детей-инвалидов) |  |
| ИППСУ |  |
| Справка о неполучении социальных услуг по ИППСУ |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Обязуюсь в письменной форме уведомить о наступлении обстоятельств, влияющих

на предоставление услуг (перемена места жительства и др.)

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

На обработку, использование и хранение персональных данных о себе в

соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=00E1C201CF2CFBE43691A3EE80F15F0BF3CD5431F2220FBB060B5246E130B0C5C6712E04AE819530364E481C9D2C7B57DF9B9036D01E82D9P527G) Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ

"О персональных данных" (нужное подчеркнуть) согласен/не согласен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заполнения) (подпись заявителя) (Ф.И.О. заявителя)

Заявление и документы в количестве \_\_\_ шт. приняты "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. и

зарегистрированы в журнале регистрации под N \_\_\_\_\_.

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)