Приложение 1

к Порядку предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания

ОГБУСО «Чунский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ психоневрологический интернат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Радуга»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование поставщика социальных услуг, которому предоставляется заявление)

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

(ФИО получателя социальных услуг)

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

(адрес места жительства)

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

(контактный телефон)

Заявление

о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить мне социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (далее – ИППСУ).

Состав семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указывается состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя социальных услуг за последние 12 месяцев \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

С порядком предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания поставщиками социальных услуг ознакомлен и согласен.

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

(согласен/ не согласен)

Приложение: ИППСУ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

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