

В АУ СОН ТО и ДПО «Региональный центр активного

(наименование поставщика социальных услуг),

долголетия, геронтологии и реабилитации»

в который предоставляется заявление)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(дата рождения гражданина)

(СНИЛС гражданина)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

на территории Российской Федерации)

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина,

реквизиты документа, подтверждающего полномочия

представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения)

## Заявление

### о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг <sup>5</sup>)

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах) социального обслуживания, социальное обслуживание в полустационарной форме в дистанционном формате, оказываемые

(указывается форма (формы) социального обслуживания)

АУ СОН ТО и ДПО «Региональный центр активного долголетия, геронтологии и реабилитации» .

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждаюсь в социальных услугах: Прошу предоставить социальные услуги в соответствии с

(указываются желаемые социальные услуги

утвержденным стандартом с учетом моей индивидуальной потребности .

и периодичность их представления)

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

(указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг: \_\_\_\_\_

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

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

(согласен/не согласен)

(подпись)

(Ф.И.О.)

“ ” \_\_\_\_\_ Г.

(дата заполнения заявления)

Заявление гражданина \_\_\_\_\_

с приложением документов:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

принято " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и зарегистрировано под № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего заявление)