

Муниципальное бюджетное учреждение
наименование органа (поставщика социальных услуг),
«Реабилитационный центр для детей и подростков с
в который предоставляется заявление)
ограниченными возможностями»
Волховского муниципального района ЛО

от _____

_____ (фамилия, имя, отчества (при наличии) гражданина)

пол _____ (дата рождения гражданина),

_____ (индекс, адрес места жительства)

_____ (индекс, адрес места работы, где и кем работает)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего личность)

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

Заявление о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме социального обслуживания _____,

(указывается форма социального обслуживания)

оказываемые **муниципальным бюджетным учреждением**
«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными
возможностями» Волховского муниципального района Ленингр. области

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

Нуждаюсь в социальных услугах: _____

(указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам: _____

_____ (указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: _____

(указываются условия проживания и состав семьи)

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 реестр получателей социальных услуг: _____
(согласен/не согласен)

_____ (_____) « _____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения)