

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
28 липня 2016 року № 825

Керівнику управління соціального захисту населення Запорізької міської ради по Хортицькому району

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві та Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу міської (міст республіканського та обласного значення), районної у місті (крім міст Києва та Севастополя) ради, ради об'єднаної територіальної громади)

ЗАЯВА
про надання реабілітаційних послуг*

Прошу направити Коваленка Дмитра Дмитровича, м. Запоріжжя, вул.Рубана,22, кв. 51
(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання особи з інвалідністю та/або дитини віком до двох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційної установи Відділення соціальної реабілітації дітей-інвалідів Хортицького району ЗМТЦСО (надання послуг)

(найменування реабілітаційної установи)

для отримання реабілітаційних (абілітаційних) послуг.

До заяви додаю копії довідки ЛКК про встановлення інвалідності; ІПР від 22.05.2016 № 000, свідоцтва про народження І-НО № 000000, довідки про реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків.

(зазначити документи, що додаються до заяви)

22 вересня 2016 року

_____ підпис _____
(підпис заявника або його законного представника)

Я, Коваленко Алевтина Миколаївна, даю згоду на
(прізвище, ім'я, по батькові)

використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”.

_____ підпис _____ 22 вересня 2016 року
(підпис) (дата)

* Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи з інвалідністю та/або дитини віком до двох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності.

(відривний корінець)

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20__ року.

М.П. _____
(прізвище та підпис відповідальної особи)