

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
27 вересня 2018 року № 1423

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 (у разі її утворення) ради,
ради об'єднаної територіальної громади)

ЗАЯВА
про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації)*

Прошу направити Іванова Івана Івановича, зареєстрованого за адресою:
м.Запоріжжя, вул.Василя Сергієнка, буд.0, кв.00

(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю,
дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційної установи КУ Обласний центр комплексної реабілітації осіб з
інвалідністю ЗОР

(найменування реабілітаційної установи)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

До заяви додаю копії: паспорта громадянина України, картки платника податків,
ППР, документа про освіту (для отримувачів, які потребують професійної
реабілітації), виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма №
027/о)

(вказати документи, що додаються до заяви)

01 01 2019 року підпис

(підпис заявника або його законного представника)

Я, Іванов Іван Іванович, даю згоду

(прізвище, ім'я, по батькові)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до
вимог Закону України «Про захист персональних даних».

підпис
(підпис)

01 01 2019 року
(дата)

*

Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох 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)