Приложение 1

Положению о пункте проката технических средств реабилитации в ГБУ СО «Волжский ЦСОН», созданного в рамках внедрения системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Директору ГБУ СО «Волжский ЦСОН»

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

(ФИО)

От гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО получателя услуги полностью)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , номер

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места фактического проживания

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

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<1> в лице гр.

(ФИО полностью лица, представляющего интересы получателя услуги) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)

(реквизиты документа, подтверждающие личность представителя, адрес места жительства)

Заявление

о предоставлении технических средств реабилитации

Прошу выдать во временное пользование следующие технические средства реабилитации, приобретенные в рамках внедрения системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами:

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

(наименования необходимых технических средств реабилитации)

<2> для осуществления ухода за

(ФИО гражданина, нуждающегося в уходе или лица, за которым осуществляется уход, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения, степень инвалидности (при наличии)

проживающим по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается адрес места фактического проживания) Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Согласен на обработку персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных".

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

(ФИО) (подпись) (дата)

Принял: специалист

(ФИО) (подпись) (дата)

<1> Заполняется в случае, если заявление подается лицом, представляющим интересы получателя.

<2> Заполняется получателями срочных социальных услуг из числа лиц, осуществляющих уход за гражданами пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалидами, полностью или частично утратившими способность либо возможность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обеспечению основных жизненных потребностей в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности, которые не являются получателями социальных услуг и не признаны нуждающимися в уходе.