|  |  |
| --- | --- |
|  | В Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение «Тихвинский комплексный центр социального обслуживания населения»  от Ф.И.О ,  дата рождения , СНИЛС № ,  действующего на основании  документ, подтверждающий полномочия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия № выдан  Кем выдан  Адрес регистрации  Адрес проживания  Номер телефона |

Заявление

о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить моему ребенку ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.*** социальные услуги в  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_форме социального обслуживания,* оказываемыеЛОГБУ «Тихвинский КЦСОН».

Нуждаюсь в социальных услугах: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ***с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.***.

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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](consultantplus://offline/ref=4A1E453910EEB63BB8A1612DBD041809D5BA0F99AB49FBA92979F6611FC61BF63EBEC342CE767B93HAfEJ) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в реестр получателей социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(согласен/ не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) « » г.

(подпись) дата заполнения заявления

К заявлению прилагаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Количество  документов |
| Копию паспорта гражданина Российской Федерации | 1 |
| Согласие гражданина на обработку персональных данных | 1 |
| Копию свидетельства о рождении ребенка | 1 |
| Копию медицинского полиса ребенка | 1 |
| Копию СНИЛС ребенка | 1 |
| Копию карты ИПРа МСЭ ребенка (при наличии) | 1 |
| Копию справки МСЭ ребенка (при наличии) | 1 |
| Копию справки ЛПУ о группе здоровья ребенка (при наличии) |  |
| Копию ИППСУ | 1 |
| Справку форму №9 | 1 |
| Согласие на фото/ видеосъемку | 1 |
| Информированное добровольное согласие на проведение медицинской манипуляции | 1 |

Обязуюсь в письменной форме уведомить о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства, и др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

Специалистом ЛОГБУ «Тихвинский комплексный центр социального обслуживания населения» удостоверен факт собственноручной подписи заявителя в заявлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись, расшифровка подписи)

заполняется специалистом ЛОГБУ «Тихвинский КЦСОН»

в случае приема заявления и документов от заявителя

Заявление и документы в количестве штук приняты от заявителя (представителя заявителя) и зарегистрированы в журнале регистрации под № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата принятия

Специалист ЛОГБУ«Тихвинский КЦСОН» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)