|  |  |
| --- | --- |
|  | В Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение «Тихвинский комплексный центр социального обслуживания населения» от Ф.И.О , дата рождения , СНИЛС № ,Паспорт серия № дата выдачи Кем выданГражданствоАдрес регистрацииАдрес проживания Номер телефона |

Заявление

о предоставлении социальных услуг

 Прошу предоставить мне социальные услуги в форме стационарного социального обслуживания с временным проживанием, оказываемые ЛОГБУ «Тихвинский комплексный центр социального обслуживания населения»

Нуждаюсь в социальных услугах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 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 |
| Копия паспорта гражданина Российской Федерации  | 1 |
| Согласие гражданина на обработку персональных данных | 1 |
| Информированное добровольное согласие | 1 |
| Справка о регистрации | 1 |
| Заключение о состоянии здоровья получателя социальных услуг и об отсутствии медицинских противопоказаний | 1 |
| Копия ИППСУ | 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 «Тихвинским 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 «ТЦСОН» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)