Начальнику управления

 социальной защиты населения

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

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении сертификата (-ов) и перечислении средств

 поставщику технического средства реабилитации

Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя,

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан: |

Ф.И.О. инвалида (ребенка-инвалида) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (ребенка-инвалида)

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан: |

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень документов | Кол-во листов |
| 1. | свидетельство о рождении (для детей до 14 лет) в случае его выдачи компетентными органами иностранного государства с приложением нотариально удостоверенного перевода на русский язык |  |
| 2. | договор (-ы) купли-продажи технического (-их) средств (-а) реабилитации, заключенный между инвалидом (законным представителем) и выбранным им поставщиком технического средства реабилитации, предусматривающий наименование товара и его количество, срок поставки, цену товара, условия о качестве товара, ответственность за несоблюдение условий договора купли-продажи |  |
| 3. | счет (-а) на оплату технического (-их) средств (-а) реабилитации, выставленный его поставщиком (в случае отсутствия банковских реквизитов для перечисления средств в договоре купли-продажи) |  |

 Прошу в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или

абилитации инвалида N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предоставить сертификат

(-ы) на приобретение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование технического (-их) средств (-а)

 реабилитации)

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

в связи с истечением срока пользования ранее приобретенного

(предоставленного), а также перечислить средства выбранному мною поставщику

технического средства.

 - Я, нижеподписавшийся(-аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и

точной.

 - Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством

за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут

послужить поводом для неправомерного назначения и выплаты ежемесячной

денежной выплаты.

 - Выражаю согласие на необходимое использование моих персональных

данных, в том числе в информационных системах, в соответствии с Федеральным

законом от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных".

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Регистрационный номер | Дата приема | Подпись специалиста | Расшифровка подписи |

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

 Расписка о принятии документов (выдается на руки заявителю)

Документы на предоставление государственной услуги приняты

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_