|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **В отдел обеспечения государственных гарантий Управления социальной** **защиты населения** | **В организационный отдел** **Управления социальной** **защиты населения** |

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представителя

фамилия, имя, отчество заявителя,писать ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

инвалида \_\_\_ группы, ребенка-нвалида\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 нужное подчеркнуть, фамилия, имя, отчество инвалида, писатьПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающего(ей) по адресу: *468320, г. Байконур,* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактные телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу обеспечить дополнительными техническими средствами реабилитации путем:

**🞎** возмещения расходов за самостоятельно приобретенные технические средства реабилитации;

**🞎** возмещения расходов за самостоятельно произведенный ремонт кохлеарного имплантанта (речевого процессора);

Расчетный счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞎** предоставления дополнительных технических средств реабилитации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 --------------------------------------- *(выбрать нужное*)-----------------------------------------------

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю: |
| **🞎** документ, удостоверяющий личность;**🞎** документ, удостоверяющий личность уполномоченного лица заявителя;**🞎** документ, подтверждающий полномочия уполномоченного лица заявителя (законного представителя);**🞎** документы, подтверждающие расходы за самостоятельно произведенный ремонт кохлеарного имплантанта (речевого процессора);**🞎** заключение врачебной комиссии медицинской организации о необходимости ремонта кохлеарного имплантанта (речевого процессора);**🞎** документы, подтверждающие расходы за самостоятельно приобретенные ТСР.--------------------------------------- *(отметить галочкой нужное*)----------------------------------------- |

Достоверность сообщаемых сведений подтверждаю. Предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложной информации и недостоверных документов.

Я даю свое бессрочное согласие (до моего особого распоряжения) на обработку в установленном порядке моих персональных данных. Достоверность сведений подтверждаю.

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

 (дата) (подпись)

|  |
| --- |
| ***Заполняется специалистом*:****Заявление принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (дата) |
| **Количество документов на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_листах****Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** (подпись) (расшифровка подписи)*Линия отреза* |
| **Уведомление****Заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** о предоставлении государственной услуги по обеспечению  (ФИО заявителя)дополнительными техническими средствами реабилитации за счет бюджета города Байконур **принято и зарегистрировано «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** (подпись) (расшифровка подписи) |