|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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) |