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

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

фамилия, имя, отчество заявителя,писать ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

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

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

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

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу направить меня в медицинское учреждение с целью изготовления и ремонта зубных протезов. Являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

указать категорию, дающую право на меры социальной поддержки

|  |
| --- |
| Прилагаю следующие документы: |
| **🞎**копиюдокумента, удостоверяющего личность гражданина, нуждающегося в изготовлении и ремонте зубных протезов;  **🞎**копиюдокумента, удостоверяющего личность лица, представляющего интересы гражданина;  **🞎**копию документа, подтверждающего полномочия лица, представляющего интересы гражданина;  **🞎**справку о нуждаемости в зубопротезировании;  **🞎**копию документа, удостоверяющего право на получение меры социальной поддержки (справка о размере пенсии в оригинале). |

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 с целью изготовления и ремонта зубных протезов. Достоверность сведений подтверждаю.

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

(дата) (подпись)

|  |
| --- |
| ***заполняется специалистом*:**  **Заявление принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Копии документов сверены с оригиналами**  **Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  (подпись) (расшифровка подписи)  *Линия отреза* |
| **Заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о направлении в медицинское учреждение с целью изготовления и ремонта зубных протезов принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  (подпись) (расшифровка подписи) |

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