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

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