|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 компенсировать мне расходы за изготовление и ремонт зубных протезов, произведенных за счет собственных средств. Являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

указать категорию, дающую право на меры социальной поддержки

|  |
| --- |
| Прилагаю следующие документы: |
| **🞎**копиюдокумента, удостоверяющего личность гражданина, нуждающегося в компенсации расходов за изготовление и ремонт 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;  **🞎**документы, подтверждающие произведенные расходы за изготовление и ремонт зубных протезов. |

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 компенсации расходов за изготовление и ремонт 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 компенсации расходов за изготовление и ремонт зубных протезов принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  (подпись) (расшифровка подписи) |

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