|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **В межрайонное управление социальной защиты населения (Заводоуковский городской округ и Упоровский район)** | | | | |
| (наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг), в который предоставляется заявление) | | | | |
| от |  | | | |  |
|  | (**фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)** | | | |  |
|  | | | , |  |  |
| **(дата рождения)** | | |  | **(СНИЛС несовершеннолетнего)** |  |
|  | | | | |  |
| **(реквизиты документа, удостоверяющего личность)** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **(гражданство, сведения о месте проживания** | | | | |  |
|  | | | | |
| **пребывания на территории Российской Федерации) (регистрация)**  **контактный телефон, e-mail (при наличии))** | | | | |
| от | |  | | |
|  | | **фамилия, имя, отчество представителя**, наименование  государственного органа, органа местного самоуправления,  общественного объединения, представляющих интересы гражданина, | | |
|  | | | | |
| реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, | | | | |
|  | | | | |
| реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, | | | | |
|  | | | | |
| **адрес места жительства,**  адрес нахождения государственного органа,  органа местного самоуправления, общественного объединения) | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении социальных услуг**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу предоставить моему ребенку социальные услуги в форме  **полустационарного социального обслуживания\_** | | |  | |
| (указывается форма (формы) социального обслуживания) | | | |  |
| оказываемые | | **АУ МО ЗГО «Комплексный центр социального обслуживания населения»** | | . |
|  | | (указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг) | |  |
| Нуждаюсь в социальных услугах.  Прошу предоставить социальные услуги в соответствии с утвержденным стандартом в соответствии с  индивидуальной программой предоставления социальных услуг. | | | | | | |  |
| В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:  (указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)  - наличие трудностей в социальной адаптации.  - наличие внутрисемейного конфликта.  - наличие посттравматических расстройств, в том числе психологических травм.  - совершение несовершеннолетним правонарушения | | | |

Условия проживания и состав семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе и своем ребенке в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в реестр получателей

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (согласен/не согласен) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  |

социальных услуг:

Заявление гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с приложением документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

принято "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. и зарегистрировано под № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего заявление)