|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 признать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных

услуг: **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: |
| Социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-правовые |

(указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

- наличие трудностей в социальной адаптации.

- наличие внутрисемейного конфликта.

- наличие посттравматических расстройств, в том числе психологических травм.

- совершение несовершеннолетним правонарушения

(указывается обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

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

(указывается условия проживания и состав семьи)

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

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить ---------------------------------------------

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных”  для включения в реестр получателей социальных услуг:

(согласен/не согласен)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) | “ |  | ” | 2024 | г. |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата заполнения заявления) | | | | |

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

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

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

принято "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. и зарегистрировано под № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего заявление)