|  |  |
| --- | --- |
|  | В комитет по социальной защите населения Ленинградской области |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью заявителя) |
|  |
| (дата рождения гражданина) |
|  |
| (реквизиты паспорта гражданина Российской Федерации: серия, номер, дата выдачи, код подразделения - для граждан от 14 лет и старше; для граждан в возрасте до 14 лет: номер актовой записи, дата актовой записи, наименование органа, составившего запись) |
|  |
| (СНИЛС) |
|  |
| (адрес места жительства заявителя на территории Ленинградской области, сведения о фактическом месте проживания заявителя в Ленинградской области) |
|  |
| (контактный телефон и e-mail (при наличии)) |
|  |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью представителя заявителя) |
|  |  |
| (реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя заявителя) |
|  |
| *реквизиты документа представителя заявителя, паспорта гражданина Российской Федерации: наименование, серия, номер, дата выдачи, код подразделения* [*<1>*](#Par115) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| (адрес регистрации по месту жительства) |
|  |
| **Заявление****о предоставлении инвалиду компенсации части его расходов на самостоятельное приобретение дополнительного технического средства реабилитации** |
|  |
| Прошу предоставить гражданину |  |
|  | (ФИО полностью, дата рождения) |
|  |
| компенсацию части расходов на самостоятельное приобретение дополнительных технических средств реабилитации (далее - ДТСР): |
| 1. |  |
|  | (наименование ДТСР) |
| 2. |  |
| 3. |  |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю: |
|  |
| N п/п | Наименование документа | Количество |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Согласен(на) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).Я подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной.Со сроками оказания государственной услуги ознакомлен(а).Предупрежден(а) о том, что:при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации;при запросе документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе.Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке. |
|  |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу: |
|  |
|  | выдать на руки в МФЦ (указать адрес МФЦ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ (Данный вариант выдачи результата возможен в случае, если заявление о предоставлении государственной услуги подано на ПГУ ЛО/ЕПГУ) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |

|  |
| --- |
|  |
| Заполняется специалистом МФЦ: |
|  |
| Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении |
|  |
|  | / |  | / |  |
| подпись |  | расшифровка подписи |  | дата |

--------------------------------

<1> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа.