В Комитет по социальной защите

населения Ленинградской области

от заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество,

заполняется заявителем)

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

от представителя заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество, заполняется

представителем заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_ от имени заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать фамилию, имя, отчество

заявителя)

Адрес места жительства заявителя \_\_\_\_\_\_

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

(почтовый индекс, район, населенный

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

пункт, улица, дом, корпус, квартира)

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

страховой номер индивидуального

лицевого счета (СНИЛС) - при наличии

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

электронный адрес - при наличии

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

о предоставлении инвалиду дополнительного

технического средства реабилитации

Прошу предоставить гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

ИПРА N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дополнительное техническое средство

реабилитации (далее - ДТСР): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование ДТСР)

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Согласен на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления

государственных(ой) услуг(и).

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](consultantplus://offline/ref=CD68FD61E2EA2EB858DC24597D5AAB9126FBFE43EC5F24CFC41081FDF44920718775C48C3819bDe1M) 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.

Результат рассмотрения заявления прошу:

┌────┐

│ │ выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>: Ленинградская

│ │ область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

├────┤

│ │ направить по почте

├────┤

│ │ направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ

└────┘

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

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

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

<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ

либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу.

Заполняется специалистом:

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя

(представителя заявителя) в заявлении

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

(подпись, расшифровка подписи, дата)