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 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)