|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | В ЛОГКУ "ЦСЗН" | | |
| от |  | , |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)* | |  |
|  | | , |
| *(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, e-mail (при наличии))* | |  |
|  | | |
| от |  | |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя,* | | |
|  | | |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя,* | | |
|  | | |
|  | | |
| *реквизиты документа представителя заявителя, паспорта гражданина Российской Федерации: наименование, серия, номер, код подразделения <1>)* | | |
|  | | | |
| Заявление  о передаче в собственность инвалиду дополнительных технических средств реабилитации | | | |
|  | | | |
| Прошу предоставить дополнительное техническое средство реабилитации, стоимость которого больше трехкратной величины прожиточного минимума в Ленинградской области на душу населения, установленной Правительством Ленинградской области *(поставить отметку "V")* | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование дополнительного технического средства реабилитации (далее - ДТСР) | Через принятие решения об осуществлении ЦСЗН закупки (поставить отметку "V") | Через принятие решения о предоставлении электронного сертификата (поставить отметку "V") |
| 1 | Функциональная кровать с механическим приводом для детей-инвалидов (кровать функциональная медицинская механическая с принадлежностями и другие аналоги) |  |  |
| 2 | Подъемник передвижной для ванны (подъемник электрический передвижной реабилитационный, устройство подъемное для ванны, подъемное устройство для ванны с принадлежностями и другие аналоги) |  |  |
| 3 | Ванна с сиденьем (ванна с сиденьем, герметичной дверцей для входа и выхода, оснащенная поручнями, ванна для людей с ограниченными возможностями и другие аналоги) |  |  |

|  |
| --- |
| ***Внимание! По одному ДТСР может быть выбран только один вариант результата принятия решения*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=503695&dst=1224) 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 заявителю (представителю заявителя) в МФЦ, расположенном по адресу:  (указать адрес) <\*> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ законному представителю несовершеннолетнего: *(указать ФИО законного представителя)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  документ, удостоверяющий личность законного представителя несовершеннолетнего:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указать сведения о документе, удостоверяющем личность законного представителя, уполномоченного на получение результатов предоставления услуги в отношении несовершеннолетнего)* |
|  | 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 либо результатом предоставления услуги является получение электронного сертификата |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя))* |  | *(дата)* |
|  | | | | |
| --------------------------------  *<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящемся по другому адресу.* | | | | |
|  | | | | |
| Заполняется специалистом: | | | | |
|  | | | | |
| Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении | | | | |
|  | | | | |
| (подпись, расшифровка подписи, дата) | | | | |