Приложение 1

к административному регламенту

по принятию решения о передаче

(отказе в передаче) инвалидам

дополнительных технических средств

реабилитации, стоимость которых больше

трехкратной величины прожиточного минимума

в Ленинградской области на душу населения,

установленной Правительством

Ленинградской области

Форма

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)*

Адрес места пребывания заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(почтовый индекс, район, населенный пункт,*

*улица, дом, корпус, квартира)*

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

*страховой номер индивидуального лицевого счета*

*(СНИЛС) - заполняется при первичном обращении*

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

Заявление

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 | Поставить отметку "V" |
| 1 | Велосипед трехколесный с ножным приводом, в том числе для детей-инвалидов с ДЦП (велосипед адаптационный трехколесный ортопедический для детей-инвалидов, велотренажер-велосипед реабилитационный с принадлежностями и другие аналоги) |  |
| 2 | Функциональная кровать с механическим приводом для детей-инвалидов (кровать функциональная медицинская механическая с принадлежностями и другие аналоги) |  |
| 3 | Подъемник передвижной для ванны (подъемник электрический передвижной реабилитационный, устройство подъемное для ванны, подъемное устройство для ванны с принадлежностями и другие аналоги) |  |
| 4 | Стул ортопедический (функциональный для детей-инвалидов) (комплект приспособлений для занятий детей-инвалидов (стулья) и другие аналоги) |  |
| 5 | Парта для детей с ДЦП (комплект приспособлений для занятий детей-инвалидов (парты) и другие аналоги) |  |
| 6 | Ванна с сиденьем (ванна с сиденьем, герметичной дверцей для входа и выхода, оснащенная поручнями, ванна для людей с ограниченными возможностями и другие аналоги) |  |

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=AF975C71066E769E5373EF0127A65E79CAE04AF81BCCCA9913743DA7FC33C128C97121183F256C30DEFB347355B40C47E4D754B3505DF0d7H) 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 о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе.

Результат рассмотрения заявления прошу:

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в КСЗН ЛО; ЦСЗН |
|  | выдать на руки в МФЦ (указать адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ/сайт ОИВ |
|  | направить по почте |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *(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) |