

Приложение №1 к Положению
об организации работы пункта
выдачи технических средств ухода,
реабилитации и адаптации

Директору
Государственного учреждения
социального обслуживания
«Верхнеуфалейский центр
социального обслуживания»
Скрипченко О.Ф.

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

дата рождения гражданина	
СНИЛС гражданина	
реквизиты документа, удостоверяющего личность	
гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)	
контактный телефон, e-mail (при наличии)	
фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя	
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства	

**Заявление
о выдаче технического средства ухода, реабилитации и адаптации**

Прошу выдать техническое средство ухода, реабилитации и адаптации _____
в связи:
_____ (указать наименование)

с наличием нуждаемости, подтвержденной заключением врача (фельдшера)

не получено техническое средство ухода, реабилитации и адаптации, предусмотренное индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида, в территориальных органах Социального Фонда России (впервые, в связи с заменой (нужное подчеркнуть)).

« _____ » _____ 200__ г.

(личная подпись)