

Председателю
Комитета социальной защиты населения
администрации Тихвинского района
О.Н. Большаковой

от Ивановой Валентины Федоровны

00.00.0000 г.р., СНИЛС 000-000-000 00

действующей(го) на основании
свидетельства о рождении ребенка
серия I-BO № 000000 от 00.00.0000/
удостоверения опекуна № 0000 от
00.00.0000

выдано отделом ЗАГСА города Тихвина
Ленинградской области/ комитетом
социальной защиты населения

паспорт серия 00 00 № 000000

выдан 00.00.0000 г. Тихвинским ОВД

Адрес места жительства: г. Тихвин, 0
микрорайон, д. 0, кв. 0

телефон: +7 000 000 000 00

Заявление

о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить моему ребенку Иванову Ивану Ивановичу, 00.00.0000 г.р. социальные услуги в форме социального обслуживания стационарной с временным проживанием, оказываемые МУ «Социально-реабилитационный Центр для несовершеннолетних «Светлячок».

Нуждаюсь в социальных услугах: социально – бытовых, социально – медицинских, социально – психологических, социально – педагогических, социально – трудовых с 00.00.2015 г. по 31.12.2015 г.

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами имеющими пристрастие к азартным играм, лицами страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье (в соответствии со ст. 15 № 442 - ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации»).

Условия проживания и состав семьи: Окомнатная благоустроенная/неблагоустроенная квартира/ дом, 2 человека:

Иванова Валентина Федоровна, 00.00.0000 г.р. – мать;

Иванов Иван Иванович, 00.00.0000 г.р. – несовершеннолетний.

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг: -----

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в регистр получателей социальных услуг: _____.

(согласен/не согласен)

(подпись)

(_____)
(Ф.И.О.)

« _____ » _____ г.
(дата заполнения заявления)

К заявлению прилагаю:

№	Наименование документа	Кол-во
1	Копия паспорт гражданина Российской Федерации (страницы 2, 3 и страницы, содержащие отметки о регистрации)	1
2	согласие гражданина на обработку персональных данных	1
3	копия свидетельства о рождении/ удостоверения опекуна	1
4	справка об отсутствии противопоказаний, установленных федеральным законодательством, для признания нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме с временным проживанием	1
5	документы, подтверждающие наличие обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности несовершеннолетнего гражданина нуждающегося в социальном обслуживании	1
6	заключение медицинской организации о состоянии здоровья несовершеннолетнего гражданина, нуждающегося в социальном обслуживании, и необходимости получения социально-медицинских услуг с объемом предоставления услуг, периодичностью, сроком предоставления услуги	1

Обязуюсь в письменной форме уведомить органы социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства, и др.)

_____.
(подпись)

Сотрудником КСЗН удостоверен факт собственноручной подписи заявителя в заявлении

_____.
(подпись)

_____.
(расшифровка подписи)

Заполняется специалистом органа социальной защиты населения

(в случае подачи заявления и документов через орган социальной защиты населения)

Заявление и документы в количестве _____ шт. приняты от заявителя

«__» _____ 20__ года и зарегистрированы в журнале регистрации под № _____.

Специалист КСЗН _____

(подпись)

_____.
(фамилия, инициалы)

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов
для предоставления государственной услуги

(заполняется специалистом органа социальной защиты населения
в случае приема заявления и документов от заявителя (представителя) органом
социальной защиты населения)

Заявление

гр. _____

и поименованные в заявлении документы в количестве _____ штук принял и
зарегистрировал «_____» _____ 20__ г.

Специалист КСЗН _____

(подпись)

_____.
(фамилия, инициалы)

телефон _____