Форма № 1 УТВЕРЖДЕНО

приказом по

ЛОГКУ «Кингисеппский ДИ»

«23» января 2015 г. № 2/20

(Приложение № 3)

Директору ЛОГКУ «Кингисеппский ДИ»

Титойкиной О.Н.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории РФ)

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

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

(контактный телефон)

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

e-mail (при наличии)

Заявление

Прошу поставить меня на очередь для получения социальных услуг в стационарной форме с постоянным проживанием в Вашем учреждении.

О подходе очереди прошу сообщить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаются заверенные копии нижеуказанных документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Название документа | Кол-во листов |
| 1. | Паспорт |  |
| 2. | Индивидуальная программа предоставления социальных услуг |  |
| 3. | справка об инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико- социальной экспертизы (при наличии) |  |
| 4. | пенсионное удостоверение |  |
| 5. | страховой медицинский полис |  |
| 6. | справка о регистрации по месту жительства (форма N 9) |  |
| 7. | справка о составе семьи с указанием родственных отношений |  |
| 8. | справка о доходах членов семьи |  |
| 9. | акт о материально-бытовом положении лица, направляемого в организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме, составленный органом социальной защиты населения по месту жительства по установленной форме |  |
| 10. | справка о последнем месте регистрации в Ленинградской области (для лиц без определенного места жительства) |  |
| 11. | страховое свидетельство государственного пенсионного страхования |  |
| 12. | справка о размере получаемой пенсии |  |
| 13. | медицинская карта с развернутой записью психиатра (анамнез, статус, диагноз, выписка из медицинской организации, осуществляющей психиатрическое лечение стационарно (последняя госпитализация)) |  |
| 14. | индивидуальная программа реабилитации инвалида |  |

Достоверность и полноту настоящих сведений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подтверждаю/ не подтверждаю)

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" для признания меня нуждающимся в социальном обслуживании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(согласен / не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

Форма № 2 Директору ЛОГКУ «Кингисеппский ДИ»

Титойкиной О.Н.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование и реквизиты документа,

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

подтверждающего полномочия уполномоченного представителя)

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

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории РФ

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

уполномоченного представителя)

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

(контактный телефон)

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

e-mail (при наличии)

Заявление

Прошу поставить на очередь для получения социальных услуг в стационарной форме с постоянным проживанием \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, получателя социальных услуг)

в Вашем учреждении.

О подходе очереди прошу сообщить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаются заверенные копии нижеуказанных документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Название документа | Кол-во листов |
| 1. | паспорт |  |
| 2. | Индивидуальная программа предоставления социальных услуг |  |
| 3. | справка об инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико- социальной экспертизы |  |
| 4. | пенсионное удостоверение |  |
| 5. | страховой медицинский полис |  |
| 6. | справка о регистрации по месту жительства (форма N 9) |  |
| 7. | справка о составе семьи с указанием родственных отношений |  |
| 8. | справка о доходах членов семьи |  |
| 9. | акт о материально-бытовом положении лица, направляемого в организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме, составленный органом социальной защиты населения по месту жительства по установленной форме |  |
| 10. | справка о последнем месте регистрации в Ленинградской области (для лиц без определенного места жительства) |  |
| 11. | страховое свидетельство государственного пенсионного страхования |  |
| 12. | справка о размере получаемой пенсии |  |
| 13. | медицинская карта с развернутой записью психиатра (анамнез, статус, диагноз, выписка из медицинской организации, осуществляющей психиатрическое лечение стационарно (последняя госпитализация)) |  |
| 14. | Индивидуальная программа реабилитации инвалида |  |

Достоверность и полноту настоящих сведений: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подтверждаю/не подтверждаю)

На обработку персональных данных о себе и о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фио (при наличии))

в соответствии со статьей 9 Федерального закона 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для признания нуждающимся в социальном обслуживании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( согласен\не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (фио) (дата заполнения заявления)