

Директору БУ «Няганский реабилитационный центр»
(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика
социальных услуг), в который предоставляется заявление)

_____ (фамилия, имя, отчество)

ОТ _____

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

_____ (дата рождения гражданина)

_____ (СНИЛС гражданина)

_____ (реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____ (гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

_____ на территории Российской Федерации)

_____ (контактный телефон, e-mail (при наличии))

Заявление-доверенность о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить социально – бытовую услугу, заключающуюся в обеспечении кратковременного присмотра за ребенком (детьми)

_____ (указывается Ф.И.О. ребенка, детей, дата рождения)

оказываемую, специалистами службы «Домашний микрореабилитационный центр» БУ «Няганский реабилитационный центр» в связи с возникшей необходимостью посещения мной

_____ (указывается причина экстренной необходимости посещения получателем социальных услуг организаций здравоохранения, социальной защиты населения, аптечных и иных социально значимых учреждений, наименование посещаемой организации)

Нуждаюсь в данной социальной услуге разово,
«___» _____ 20__ года с ___ часов ___ минут до ___ часов ___ минут,
или с периодичностью _____

_____ (указывается периодичность предоставления услуги с указанием дат и времени)

К оказанию услуги прошу привлечь специалиста службы «Домашний микрореабилитационный центр» БУ «Няганский реабилитационный центр» _____

_____ (указывается Ф.И.О. специалиста)

Прошу предоставлять услугу по адресу _____

(указывается адрес, по которому следует прибыть специалисту для оказания услуги, место проживания)

Номер телефона: домашний _____

мобильный _____

(указываются для связи с получателем услуг, в том числе экстренной)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» для включения в реестр получателей социальных услуг: _____

(согласен / не согласен)

(подпись)

(_____)

(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата заполнения заявления)