

Начальнику відділу з питань призначення та виплати соціальних допомог та надання інших видів соціальної підтримки населення №2 УСЗН Кременчуцької райдержадміністрації

\_\_\_\_\_ (прізвище ім'я, по батькові заявника)

\_\_\_\_\_ (встановлений статус)

Адреса проживання:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

#### про надання послуг по реабілітації дітей з інвалідністю

Прошу направити \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційної установи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(найменування реабілітаційної установи)

для отримання послуг по реабілітації дітей з інвалідністю

з \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року.

До заяви додаю:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника або його законного представника)

Я, \_\_\_\_\_, даю згоду

(прізвище, ім'я, по батькові)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(дата)

(ініціали та прізвище адміністратора)	(реєстраційний номер)
_____ (підпис)	(дата)