

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 із комплексної реабілітації (абілітації)*

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 із комплексної реабілітації (абілітації).

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)

*Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності.