

_____ (наименование органа (поставщика социальных услуг),
в который предоставляется заявление)
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))
ОТ¹ _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих интересы гражданина,
реквизиты документа, подтверждающего полномочия
_____,
представителя, реквизиты документа, подтверждающего
личность представителя, адрес места жительства, адрес нахождения
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения)

Заявление

Прошу направить меня для предоставления реабилитационных услуг в государственное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения Нижегородской области "Реабилитационный центр для инвалидов" (далее - учреждение).

О себе сообщаю

_____ (образование, последнее место работы, группа инвалидности-при наличии)

С условиями приема, содержания, порядком и условиями выписки из учреждения ознакомлен (а) и согласен (на)

Дата _____ Подпись гражданина _____ (Ф.И.О.)

Заявление зарегистрировано " ____ " _____ 20 ____ г. под № _____

Специалист УСЗН _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Начальник УСЗН _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) МП

¹ Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.