(наименование государственного областного казенного учреждения – центр социальной поддержки населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на предоставление государственной услуги

**«Принятие решения о предоставлении протезно-ортопедической помощи отдельным категориям граждан»**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Заявитель:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(фамилия, имя, отчество)* | | | | | | | |
| Адрес регистрации: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Телефон: | | | | | | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | |  | | Дата выдачи | |  | |
| Серия и номер документа | |  | | Дата рождения | |  | |
| Кем выдан | |  | | | | | |
| СНИЛС | |  | | | | | |
| **Представитель заявителя:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество)*  Адрес регистрации: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Телефон: | | | | | | | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | | |  | | Дата выдачи | |  | | |
| Серия, номер документа | | |  | | Дата рождения | |  | | |
| Кем выдан | | |  | |  | |  | | |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя | | | | |  | | | | |
| Серия, номер документа | | |  | | Дата выдачи | |  | | |
| Кем выдан | | |  | | Срок действия | |  | | |

**Прошу предоставить протезно-ортопедическое изделие согласно перечню, указанному в приложении № 7 к настоящему Административному регламенту:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указать наименование)

**со сроком использования 1 год в количестве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

(нужное указать: 1 комплект, 1 изделие, 1 пара)

**Основание (отметить):**

реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий, достигшие возраста 55 лет (для мужчин) и 50 лет (для женщин) или получающие пенсию по старости, назначенную ранее достижения указанного возраста;

лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР; лица, награжденные орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны.

|  |  |
| --- | --- |
| **К заявлению прилагаю следующие документы:** | |
| Наименование документов | Дата возврата заявителю документа, подпись заявителя (представителя) |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.  Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (на).  Даю согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных в соответствии с Федеральными законами от 27.07.2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».  О принятом решении по предоставлению государственной услуги прошу сообщить письменно на почтовый адрес или на адрес электронной почты (указывается по выбору): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый, адрес электронной почты) | | | |
|  |  |  |  |
| Дата подачи заявления | | | Подпись |