

Приложение №1 к Положению об отделении социальной помощи



АНО «Крымский Детский Хоспис»
Генеральный директор
Рыжкова Анна Владимировна
Республика Крым, Симферопольский район,
с. Новозбуриевка, ул. Бугары 1-а
8 (978) 043 45 46
dionis.tmt@gmail.com

ИНН/КПП 9103090690/910301001
ОГРН 1199112004761
Расчетный счет 40703810942650101327
Получатель Автономная Некоммерческая
Организация «Крымский Детский Хоспис»
БИК банка 043510607 | РНКБ Банк (ПАО)
ОКВЭД 87.10

Генеральному директору
АНО «Крымский детский хоспис»
Рыжковой А.В.

от _____

Заявление

Прошу Вас принять в отделение социальной помощи АНО «Крымский детский хоспис»

_____ (ФИО ребенка)

Год рождения _____

Диагноз _____

Адрес проживания: _____

в связи с постоянным проживанием

_____ (указывается причина нахождения ребенка в Республике Крым)

Законный представитель _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 ____ г.

По состоянию здоровья ребенку не требуется круглосуточного медицинского наблюдения.
Предоставление социальных услуг ребенку требуется в период с « _____ » _____
201 ____ г. по « _____ » _____ 201 ____ г.

Подтверждаю:

_____ / _____ / _____ М. П.
врач ФИО подпись

« _____ » _____ 20 ____ г.