

**Начальнику відділу соціального захисту
населення та охорони здоров'я
Костопільської міської ради
Наталії КОНДРАТЮК**

ЗАЯВА

про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг*

Прошу направити _____

_____ (прізвище, ім'я, по батькові, задеклароване/зареєстроване місце проживання (перебування) особи)

до реабілітаційного закладу _____

_____ (найменування реабілітаційного закладу)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

Підтверджую наявність відомостей щодо:

- індивідуальної програми реабілітації, виданої медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією державного або комунального закладу охорони здоров'я (для дітей з інвалідністю): Так/Ні
- паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця/паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання: Так/Ні
- документа із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача: Так/Ні
- документа про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації): Так/Ні
- виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974: Так/Ні

Інше:

До заяви додаю:

1. Копія індивідуальної програми реабілітації, видана медико-соціальною експертною комісією (для осіб з інвалідністю).
2. Копія висновку МСЕК (для осіб з інвалідністю).
3. Копія посвідчення, що підтверджує статус члена сім'ї загиблого (померлого) (для батьків, дружини/чоловіка загиблого учасника АТО/ООС, Захисника та Захисниці України).
4. Копія паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні/посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту/посвідчення біженця/паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання.
5. Копія документу із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача.
6. Копія документу про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації).
7. Копія висновку лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров'я чи рішення військово-лікарської комісії (для осіб, визначених в абзацах шостому і сьомому статті 4 Закону України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні").
8. Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).
9. Копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами).
10. Довідка/інформація про місце реєстрації.

_____ 20__ року

_____ (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)

____ 20____ року
(дата)