

Керівнику _____

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві та Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу міської (міст республіканського та обласного значення), районної у місті (у разі її утворення) ради, ради об'єднаної територіальної громади)

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 _____

(зазначити документи, що додаються до заяви)

_____ 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».

_____ 20__ року
(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.

(відривний корінець)

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20__ року.

М. П. _____
(прізвище та підпис відповідальної особи)

**Заступник начальника Управління
інтегрованих соціальних послуг -
начальник відділу розвитку послуг
для громадян похилого віку**

О. Фартушна