Приложение 2

к технологии «Социальная диспетчерская»

**Формы заявлений, применяемые в ходе реализации технологии**

**«Социальная диспетчерская»**

*Форма заявления для членов семей мобилизованных граждан*

*(для прохождения реабилитации в социально-реабилитационном отделении)*

В бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения»­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг (исполнителя государственных (муниципальных) услуг<5>)), в который подается заявление)

от**\_\_\_\_\_\_\_Иванова Ивана Ивановича\_\_\_** , (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_09.09.1956\_**,**\_ 343-434-765-54\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата рождения гражданина),(СНИЛС гражданина)

**паспорт: 6554 654456, Урайским ГОВД \_\_\_\_\_**

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

**ХМАО-Югры Тюменско области, 30.09.2019 РФ, г. Урай , мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)на территории Российской Федерации) **тел.: 89088966555\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

от<1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество(при наличии) представителя,наименование государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающего личность представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства, адреснахождения государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения)

Заявление

о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)

Прошу признать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения.(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель (исполнители)государственных (муниципальных) услуг <5>))

Нуждаюсь в социальных услугах (государственных (муниципальных услугах<5>): **соц. – бытовые, соц. - медицинские, соц. – психологически, соц. – педагогические, \_ \_** (указываются желаемые социальные услуги (государственные (муниципальные) услуги <5>)и периодичность их предоставления)

**соц. - трудовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала. \_\_ \_\_Технология«Перезагрузка»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг <5>) нуждаюсь по следующим обстоятельствам:<2**наличие у граждан трудоспособного возраста трудностей в социальной \_\_адаптации.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:**проживаю один в 1 комнатной квартире**

(указываются условия проживания и состав семьи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)<3>:

**пенсия, меры соц. поддержки,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878D4CED8420B2651271E420172E0F7FA253529658k0LBG) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<4>для включения в регистр получателей социальных услуг (реестр получателей социального сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере<5>): **согласен** .

(согласен/не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **Иванов И.И.** ) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О.)(дата заполнения заявления)

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

<2> В соответствии со [статьей 15](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA253529558k0L1G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<3>[Статьи 31](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Dk0L6G) и [32](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Ck0L0G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

<5> В случае принятия органом государственной власти субъекта Российской Федерации решения об организации оказания государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, принятого в соответствии с [частью 3 статьи 28](https://base.garant.ru/74369760/53070549816cbd8f006da724de818c2e/#block_283) Федерального закона от 13 июля 2020 г. N 189-ФЗ "О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание го

сударственных (муниципальных) услуг в социальной сфере" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 29, ст. 4499).

*Форма заявления от законного представителя ребенка - инвалида*

*(для прохождения реабилитации в отделении социальной реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями)*

В бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения»­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг (исполнителя государственных (муниципальных) услуг<5>)), в который подается заявление)

**Заполняется от имени несовершеннолетнего**

от**\_\_\_\_\_\_\_Ивановой Алины Максимовны\_\_\_** , (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_11.08.2010\_**,**\_ 343-434-765-54\_** ,

(дата рождения гражданина),(СНИЛС гражданина)

**св-во о рож.: II-ПН №683271 от 15.08.2010,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

**выдан: отдел ЗАГС ХМАО-Югры Тюм. обл., РФ, г. Урай , мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)на территории Российской Федерации) **тел.: 89088966555\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

**Заполняется от имени законного представителя**

от<1>**\_ Ивановой Елены Владимировны,**

(фамилия, имя, отчество(при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,

**паспорт: 6554 654456 от 30.09.2019 \_\_\_\_\_\_\_\_**

реквизиты документа, подтверждающего личность представителя

**выдан: Урайским ГОВД ХМАО-Югры Тюм. обл. г. Урай , мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_**

адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения)

Заявление

о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)

Прошу признать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения.(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель (исполнители)государственных (муниципальных) услуг <5>))

Нуждаюсь в социальных услугах (государственных (муниципальных услугах<5>): **соц. – бытовые, соц. - медицинские, соц. – психологически, соц. – педагогические, \_ \_**

(указываются желаемые социальные услуги (государственные (муниципальные) услуги <5>)и периодичность их предоставления)

**соц. – трудовые (13+),услуги в целях повышения коммуникативного потенциала\_\_\_**

В предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг <5>) нуждаюсь по следующим обстоятельствам:<2**\_\_ наличие в семье ребенка-инвалида, нуждающихся в постоянном постороннем уходе** (указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:**2-хкомнатная квартира в блочном доме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указываются условия проживания и состав семьи)

**отец: Иванов М.О., мать: Иванова Е.В., сестра: Иванова И.М.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)<3>:

**зарплата, меры соц. поддержки**

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878D4CED8420B2651271E420172E0F7FA253529658k0LBG) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<4>для включения в регистр получателей социальных услуг (реестр получателей социального сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере<5>): **согласна** .

(согласен/не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **Иванова Е.В.** ) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

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

<2> В соответствии со [статьей 15](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA253529558k0L1G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<3>[Статьи 31](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Dk0L6G) и [32](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Ck0L0G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

<5> В случае принятия органом государственной власти субъекта Российской Федерации решения об организации оказания государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, принятого в соответствии с [частью 3 статьи 28](https://base.garant.ru/74369760/53070549816cbd8f006da724de818c2e/#block_283) Федерального закона от 13 июля 2020 г. N 189-ФЗ "О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 29, ст. 4499).

*Форма заявления от законного представителя ребенка с ОВЗ*

*(для прохождения реабилитации в отделении социальной реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями)*

В бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения»­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг (исполнителя государственных (муниципальных) услуг<5>)), в который подается заявление)

**Заполняется от имени несовершеннолетнего**

от**\_\_\_\_\_\_\_Ивановой Алины Максимовны\_\_\_** , (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

**\_\_11.08.2010\_**,**\_ 343-434-765-54\_** ,

(дата рождения гражданина),(СНИЛС гражданина)

**св-во о рож.: II-ПН №683271 от 15.08.2010,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

**выдан: отдел ЗАГС ХМАО-Югры Тюм. обл.\_РФ, г. Урай , мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_**

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)на территории Российской Федерации) **тел.: 89088966555\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

**Заполняется от имени законного представителя**

от<1>**\_ Ивановой Елены Владимировны**

(фамилия, имя, отчество(при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,

**паспорт: 6554 654456 от 30.09.2019 \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

реквизиты документа, подтверждающего личность представителя

**выдан: Урайским ГОВД ХМАО-Югры Тюм. обл. г. Урай , мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_**

адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения)

Заявление

о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)

Прошу признать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения.(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель (исполнители)государственных (муниципальных) услуг <5>))

Нуждаюсь в социальных услугах (государственных (муниципальных услугах<5>):

**соц. – бытовые, соц. - медицинские, соц. – психологически, соц. – педагогические, \_ \_**

(указываются желаемые социальные услуги (государственные (муниципальные) услуги <5>)и периодичность их предоставления)

**соц. - трудовые(13+), услуги в целях повышения коммуникативного потенциала\_\_\_\_\_ \_\_**

В предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг <5>) нуждаюсь по следующим обстоятельствам:<2 **\_\_наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации.**

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:**2-хкомнатная квартира в блочном доме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указываются условия проживания и состав семьи)

**отец: Иванов М.О., мать: Иванова Е.В., сестра: Иванова И.М.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)<3>:

**зарплата, меры соц. поддержки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878D4CED8420B2651271E420172E0F7FA253529658k0LBG) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<4>для включения в регистр получателей социальных услуг (реестр получателей социального сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере<5>): **согласна** .

(согласен/не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **Иванова Е.В.** ) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

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

<2> В соответствии со [статьей 15](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA253529558k0L1G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<3>[Статьи 31](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Dk0L6G) и [32](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Ck0L0G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

<5> В случае принятия органом государственной власти субъекта Российской Федерации решения об организации оказания государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, принятого в соответствии с [частью 3 статьи 28](https://base.garant.ru/74369760/53070549816cbd8f006da724de818c2e/#block_283) Федерального закона от 13 июля 2020 г. N 189-ФЗ "О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 29, ст. 4499).

*Форма заявления ТП- 28*

*(для прохождения реабилитации в отделении социальной реабилитации и абилитации)*

В бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения»­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг (исполнителя государственных (муниципальных) услуг<5>)), в который подается заявление)

от**\_\_\_\_\_\_\_Иванова Ивана Ивановича\_\_\_** , (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

**\_\_09.09.1956\_**,**\_ 343-434-765-54\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата рождения гражданина),(СНИЛС гражданина)

**паспорт: 6554 654456, Урайским ГОВД \_\_\_\_\_**

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

**ХМАО-Югры Тюменско области, 30.09.2019 РФ, г. Урай , мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)на территории Российской Федерации) **тел.: 89088966555\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

от<1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество(при наличии) представителя,наименование государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающего личность представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства, адреснахождения государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения)

Заявление

о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)

Прошу признать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения.

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель (исполнители)государственных (муниципальных) услуг <5>))

Нуждаюсь в социальных услугах (государственных (муниципальных услугах<5>):

**соц. – бытовые, соц. - медицинские, соц. – психологически, соц. – педагогические, \_ \_**

(указываются желаемые социальные услуги (государственные (муниципальные) услуги <5>)и периодичность их предоставления)

**соц. - трудовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала\_\_\_\_\_ \_**

В предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг <5>) нуждаюсь по следующим обстоятельствам:<2**наличие потребности в проведении реабилитации (абилитации) в силу возраста, инвалидности в целях социальной адаптации и продления активной жизнедеятельности**

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:**проживаю один в 1 комнатной квартире**

(указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)<3>:

**пенсия, меры соц. поддержки**

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить

**(!) необходимые запросы по межведомственному взаимодействию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878D4CED8420B2651271E420172E0F7FA253529658k0LBG) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<4>для включения в регистр получателей социальных услуг (реестр получателей социального сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере<5>): **согласен** .

(согласен/не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **Иванов И.И.** ) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О.)(дата заполнения заявления)

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

<2> В соответствии со [статьей 15](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA253529558k0L1G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<3>[Статьи 31](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Dk0L6G) и [32](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Ck0L0G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

<5> В случае принятия органом государственной власти субъекта Российской Федерации решения об организации оказания государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, принятого в соответствии с [частью 3 статьи 28](https://base.garant.ru/74369760/53070549816cbd8f006da724de818c2e/#block_283) Федерального закона от 13 июля 2020 г. N 189-ФЗ "О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание го

сударственных (муниципальных) услуг в социальной сфере" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 29, ст. 4499).

*Форма заявления ТП- 24*

*(для зачисления в состав слушателей программы «Университет третьего возраста»)*

В бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения»­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг (исполнителя государственных (муниципальных) услуг<5>)), в который подается заявление)

от**\_\_\_\_\_\_\_Иванова Ивана Ивановича\_\_\_** , (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

**09.09.1956\_**,**\_ 343-434-765-54\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата рождения гражданина),(СНИЛС гражданина)

**паспорт: 6554 654456, Урайским ГОВД**

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

**ХМАО-Югры Тюменско области, 30.09.2019 РФ, г. Урай, мкр. 2, дом 42, кв. 34\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)на территории Российской Федерации) **тел.: 89088966555\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

от<1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество(при наличии) представителя,наименование государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающеголичность представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места жительства, адреснахождения государственного органа, органа местногосамоуправления, общественного объединения)

Заявление

о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)

Прошу признать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Урайский комплексный центр социального обслуживания населения. (указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель (исполнители)государственных (муниципальных) услуг <5>))

Нуждаюсь в социальных услугах (государственных (муниципальных услугах<5>):

**соц. – бытовые, соц. - медицинские, соц. – психологически, соц. – педагогические, \_ \_**

(указываются желаемые социальные услуги (государственные (муниципальные) услуги <5>)и периодичность их предоставления)

**услуги в целях повышения коммуникативного потенциала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг <5>) нуждаюсь по следующим обстоятельствам:<2**наличие потребности в проведении реабилитации (абилитации) в силу возраста, инвалидности в целях социальной адаптации и продления активной жизнедеятельности**

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:**проживаю один в 1 комнатной квартире**

(указываются условия проживания и состав семьи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг<5>)<3>:

**пенсия, меры соц. поддержки**

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878D4CED8420B2651271E420172E0F7FA253529658k0LBG) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<4>для включения в регистр получателей социальных услуг (реестр получателей социального сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере<5>): **согласен** .

(согласен/не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **Иванов И.И.** ) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О.)(дата заполнения заявления)

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

<2> В соответствии со [статьей 15](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA253529558k0L1G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<3>[Статьи 31](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Dk0L6G) и [32](consultantplus://offline/ref=57AAE5AD2BDA8B071B9EAE258F4FBCF114550F878C49ED8420B2651271E420172E0F7FA25352975Ck0L0G) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

<5> В случае принятия органом государственной власти субъекта Российской Федерации решения об организации оказания государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, принятого в соответствии с [частью 3 статьи 28](https://base.garant.ru/74369760/53070549816cbd8f006da724de818c2e/#block_283) Федерального закона от 13 июля 2020 г. N 189-ФЗ "О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание го

сударственных (муниципальных) услуг в социальной сфере" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 29, ст. 4499).