

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної  
політики України  
27 вересня 2018 року № 1423

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».

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

(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**