

**Департамент соціального захисту населення**

**Дніпропетровська обласна державна адміністрація**

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові законного представника)  
Дата народження \_\_\_\_\_  
Місце фактичного проживання / перебування \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Номер телефону \_\_\_\_\_  
Документ, що посвідчує особу:  
серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
ким та коли виданий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Реєстраційний номер облікової картки платника податків  
або серія та номер паспорта\*

\_\_\_\_\_   
Реєстрація місця проживання: \_\_\_\_\_

\* для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті

**ЗАЯВА**

Прошу прийняти до психоневрологічного інтернату для отримання соціальних(ої) послуг(и) \_\_\_\_\_

(назва соціальних(ої) послуг(и))

мого(ю) підопічного(у) \_\_\_\_\_,

(прізвище, ім'я, по батькові підопічного(ї))

\_\_\_\_\_ року народження, що має інвалідність \_\_\_\_\_,

(число, місяць, рік)

(група, термін)

проживає/перебуває \_\_\_\_\_,

zareestrowanogo(ї) за адресою: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
який (яка) за станом здоров'я потребує постійного стороннього догляду,

(серія, номер документа підопічного(ї), що посвідчує особу, ким та коли виданий)

Догляд та допомогу не можу забезпечити у зв'язку з \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .  
З умовами влаштування, проживання та відрахування з психоневрологічного інтернату ознайомлений(а).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання соціальних послуг.

Повідомлення про права суб'єкта персональних даних отримав(ла), даю згоду на

обробку персональних даних у зв'язку з формуванням, веденням і зберіганням документів, необхідних для влаштування в психоневрологічний інтернат.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (підпис законного представника)  
Рішення органу опіки та піклування про влаштування до психоневрологічного  
інтернату \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові підопічного(ї))  
додається.

Клопотання керівника структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (крім міст Києва та Севастополя) ради (у разі її утворення)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (посада) \_\_\_\_\_ М.П. (за наявності) \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (ім'я та прізвище)

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року