Приложение 4

к Правилам

финансирования, форме, порядку,

размеру и условиям обеспечения

средствами реабилитации лиц,

не являющихся инвалидами

и нуждающихся в средствах

реабилитации, а также перечню

средств реабилитации

(форма)

 Государственное учреждение Республики Коми - центр

 по предоставлению государственных услуг в сфере социальной

 защиты населения

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

 (название города, района)

 СПРАВКА

 от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_

 о выплате (невыплате) компенсации расходов за самостоятельно

 приобретенные средства реабилитации в соответствии с Законом

 Республики Коми "О социальной поддержке населения

 в Республике Коми"

 Дана гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (фамилия, имя, отчество)

 Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного

пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Кем выдан и дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |

 Дана представителю гражданина:

 Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

полный адрес места жительства/места пребывания (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина |  | Кем выдан и дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина |  |
| Номер документа |  | Кем выдан и дата выдачи |  |

в том, что ему (ей) предоставлялась, не предоставлялась (нужное

подчеркнуть) компенсация расходов за самостоятельно приобретенные средства

реабилитации отечественного производства.

 (Заполняется в случае, если выплата предоставлялась):

|  |  |
| --- | --- |
| Основание для выплаты |  |
| Дата назначения выплаты |  |

 Директор центра

 по предоставлению

 государственных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 подпись расшифровка подписи

 М.П.