Приложение 2

к Порядку

предоставления

социальных услуг

(социальной услуги)

отдельным категориям граждан

(введено Постановлением Правительства РК от 26.08.2010 N 281;

в ред. Постановлений Правительства РК от 29.06.2011 N 283,

от 26.08.2014 N 358)

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

(наименование государственного учреждения Республики Коми - центра по

предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения)

код МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

код категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о возобновлении предоставления социальных услуг (социальной услуги)

Фамилия, имя, отчество

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

получающий(ая) социальные услуги (социальную услугу) на основании

Закона Республики Коми от 12 ноября 2004 г. N 55-РЗ "О социальной поддержке

населения в Республике Коми".

Представитель гражданина или законный представитель недееспособного

лица (нужное подчеркнуть).

Фамилия, имя, отчество

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

Полный адрес места жительства, места пребывания, телефон (нужное

подчеркнуть)

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина или законного представителя недееспособного лица |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина или законного представителя недееспособного лица |  | | |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

Прошу предоставить мне:

социальные услуги (социальную услугу), предусмотренные Законом

Республики Коми "О социальной поддержке населения в Республике Коми":

социальную услугу на обеспечение необходимыми лекарственными

препаратами для медицинского применения;

социальную услугу на санаторно-курортное лечение;

социальную услугу на изготовление и ремонт зубных протезов (нужное

отметить)

и оплатить их (ее) за счет суммы (части суммы) республиканской

ежемесячной денежной выплаты (нужное подчеркнуть)

┌───┬───┬───┬─────────┐

│ │ │ │ │

├───┴───┴───┼─────────┤

│ │ Подпись │

│ Дата│заявителя│

└───────────┴─────────┘

Отметка о регистрации заявления

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу,

удостоверяющему личность.

Гражданину разъяснены его права на получение социальных услуг

(социальной услуги), установленных Законом Республики Коми от 12 ноября

2004 г. N 55-РЗ "О социальной поддержке населения в Республике Коми".

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |

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

(линия отреза)

Уведомление

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принято.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |