|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № запроса |  | | | |  | В ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения Эжвинского района города Сыктывкара» | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | | | | |
| **Данные заявителя (физического лица)** | | | | | | | | | | | |
| Фамилия | |  | | | | | | | | | |
| Имя | |  | | | | | | | | | |
| Отчество | |  | | | | | | | | | |
| Дата рождения | |  | | | | | | | | | |
| **Документ, удостоверяющий личность заявителя** | | | | | | | | | | | |
| Вид |  | | | | | | | | | | |
| Серия |  | | | Номер | | |  | | | | |
| Выдан |  | | | | | | | | Дата выдачи |  | |
| **Адрес регистрации заявителя** | | | | | | | | | | | |
| Индекс |  | | | Регион | | | | | Республика Коми | | |
| Район |  | | | Населенный пункт | | | | |  | | |
| Улица |  | | | | | | | | | | |
| Дом |  | | | Строение (корпус) | | |  | | Квартира (офис, кабинет) | |  |
| **Адрес места жительства заявителя** | | | | | | | | | | | |
| Индекс |  | | | Регион | | | | | Республика Коми | | |
| Район |  | | | Населенный пункт | | | | |  | | |
| Улица |  | | | | | | | | | | |
| Дом |  | | | Строение (корпус) | | | |  | Квартира (офис, кабинет) | |  |
| **Контактные данные** | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

***ЗАЯВЛЕНИЕ***

Прошу предоставить государственную услугу: назначение и выплата компенсации расходов за самостоятельно приобретенные средства реабилитации отечественного производства.

Подтверждаю, что я не являюсь инвалидом (подчеркнуть), мне разъяснена необходимость обработки персональных данных в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=379F6C4679ABD8A3208E772D0809328899F56D169B2473CE749CB93EB0J4pEL) от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=379F6C4679ABD8A3208E772D0809328899F462109D2773CE749CB93EB0J4pEL) от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Я предупрежден(а), что выплата, предоставленная неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на предоставление выплаты или на исчисление ее размера, взыскивается в установленном законодательством порядке. Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

|  |  |
| --- | --- |
| Способ получения уведомление о предоставлении (об отказе в предоставлении) (нужное подчеркнуть) | а) при личном обращении в (ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения»);  б) почтовым отправлением;  в) по адресу электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (указать электронный адрес) |
| Выплату прошу произвести через: | организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| кредитную организацию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_филиала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расчетный (лицевой) счет |

**Представлены следующие документы:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/  копия | Подлежит возврату |
| 1. | Паспорт, свидетельство о рождении |  | копия | нет |
| 2. | Направление из медицинской организации |  | копия | нет |
| 3. | Товарный и кассовый чек |  | оригинал | нет |
| 4. | СНИЛС |  | копия | нет |
| 5. | Сертификат соответствия и регистрационное удостоверение |  | заверенная копия | нет |

|  |  |
| --- | --- |
| Место получения результата предоставления услуги | - |
| Способ получения результата | - |

**Данные представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

**Документ, удостоверяющий личность представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид |  | | | | |
| Серия |  | Номер |  | | |
| Выдан |  | | | Дата выдачи |  |

**Адрес регистрации представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | | Республика Коми | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

**Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | | | Регион | | | Республика Коми | | |
| Район |  | | | Населенный пункт | | |  | | |
| Улица |  | | | | | | | | |
| Дом |  | | | Строение (корпус) | |  | Квартира (офис, кабинет) |  | |
| **Контактные данные** | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
| Дата | | | |  | | Подпись/ФИО | | | |

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на предоставление государственной услуги: назначение и выплата компенсации расходов за самостоятельно приобретенные средства реабилитации отечественного производства

принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Горьковенко О.А..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи специалиста)

Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1 | Паспорт |  | копия | - |
| 2 | Направление из медицинской организации |  | копия | - |
| 3 | Товарный и кассовый чек |  | оригинал | - |
| 4 | СНИЛС |  | копия | - |
| 5 | Копия регистрационного удостоверения и сертификата соответствия |  | копия | - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Срок принятия решения | | 10 рабочих дней | |
| Контактный телефон ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения Эжвинского района г.Сыктывкара» | | 8(8212)62-28-03 | |
| Режим работы | | ПН с 8.45 до 18.00; СР, ЧТ с 8.45 до 17.00  Обед с 13.00 до 14.00 | |
| Регистрационный № | Дата приема документа | | Подпись  (фамилия, инициалы) |
|  |  | |  |

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на предоставление государственной услуги: назначение и выплата компенсации расходов за самостоятельно приобретенные средства реабилитации отечественного производства

принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Горьковенко О.А..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи специалиста)

Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1 | Паспорт |  | копия | - |
| 2 | Направление из медицинской организации |  | копия | - |
| 3 | Товарный и кассовый чек |  | оригинал | - |
| 4 | СНИЛС |  | копия | - |
| 5 | Копия регистрационного удостоверения и сертификата соответствия |  | копия | - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Срок принятия решения | | 10 рабочих дней | |
| Контактный телефон ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения Эжвинского района г.Сыктывкара» | | 8(8212)62-28-03 | |
| Режим работы | | ПН с 8.45 до 18.00; СР, ЧТ с 8.45 до 17.00  Обед с 13.00 до 14.00 | |
| Регистрационный № | Дата приема документа | | Подпись  (фамилия, инициалы) |
|  |  | |  |

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на предоставление государственной услуги: назначение и выплата компенсации расходов за самостоятельно приобретенные средства реабилитации отечественного производства

принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Горьковенко О.А..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи специалиста)

Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1 | Паспорт |  | копия | - |
| 2 | Направление из медицинской организации |  | копия | - |
| 3 | Товарный и кассовый чек |  | оригинал | - |
| 4 | СНИЛС |  | копия | - |
| 5 | Копия регистрационного удостоверения и сертификата соответствия |  | копия | - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Срок принятия решения | | 10 рабочих дней | |
| Контактный телефон ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения Эжвинского района г.Сыктывкара» | | 8(8212)62-28-03 | |
| Режим работы | | ПН с 8.45 до 18.00; СР, ЧТ с 8.45 до 17.00  Обед с 13.00 до 14.00 | |
| Регистрационный № | Дата приема документа | | Подпись  (фамилия, инициалы) |
|  |  | |  |