ЗАЯВЛЕНИЕ

об обеспечении техническими средствами реабилитации, в соответствии

с региональным перечнем не входящими в федеральный перечень реабилита­ционных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предос­тавляемых инвалиду, утвержденный распоряжением Правительства Россий­ской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р

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

(фамилия, имя отчество)

1. Принадлежность к гражданству:

гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства (нужное подчеркнуть)

2.Адрес места жительства

(указывается адрес регистрации по месту жительства)

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность инвалида |  | Дата  выдачи |  |
| Серия,  номер документа |  | Дата  рождения |  |
| Кем выдан |  | Место  рождения |  |

3. Сведения о лице, представляющем интересы инвалида:

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(адрес регистрации по месту жительства)

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

(контактный телефон)

………….……………………………………………………………………………………………………………………………..

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер  заявления | | Принял (ф.и.о. специалиста) | | | |
|  | | дата приема заявления | | подпись специалиста | |
|  | |  | |  | |
| Наименование документа удостоверяющего личность | |  | | Дата выдачи | |  |
| Серия, номер документа | |  | |  | |  |
| Кем выдан | |  | |  | |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя | |  | |  | |  |
| Серия, номер документа | |  | |  | |  |
| Кем выдан | |  | | Дата выдачи | |  |
| В том случае, если лицом, представляющим интересы инвалида является юридическое лицо, дополнительно указываются банковские реквизиты учреждения | | | |  | |  |

4. Прошу обеспечить техническими средствами реабилитации, в соот­ветствии с региональным перечнем:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование технического средства реабилитации | Технические характеристики средства реабилитации и его функциональные возможности |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

5. К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |
| 7. |

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

(подпись заявителя) (дата)

Дата приема документов \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_. 20 г.

Подпись специалиста,

ответственного за прием документов

…………………………………………………………………………………………………………………………

(линия отреза)