

Государственное автономное учреждение социального обслуживания Свердловской области "Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних города Каменска-Уральского"

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(дата рождения
гражданина) (СНИЛС гражданина)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(гражданство, сведения о месте проживания
(пребывания) на территории Российской Федерации)

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя,
наименование государственного органа, органа местного
самоуправления, общественного объединения,
представляющих интересы гражданина)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия
представителя

реквизиты документа, подтверждающего личность
представителя, адрес места жительства, адрес
нахождения государственного
органа, органа местного самоуправления, общественного
объединения)

**Заявление
о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме социального обслуживания _____, оказываемые
(указывается форма социального обслуживания)

Государственным автономным учреждением социального обслуживания Свердловской области "Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних города Каменска-Уральского"

Нуждаюсь в социальных услугах: _____

(указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг:

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в регистр получателей социальных услуг:

согласна

(подпись)

(Ф.И.О.)

дата заполнения заявления