

ГОВАУСОН "Апатитский КЦСОН
(наименование органа (поставщика социальных услуг,
в который предоставляется заявление)

от _____,
(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)

**Заявление
о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

_____,
(дата рождения) (реквизиты документа, удостоверяющего личность
ребенка)

социальные услуги в форме социального обслуживания в полустационарной форме,
(указывается форма социального обслуживания)

оказываемые Отделением социальной реабилитации несовершеннолетних ГОВАУСОН
"Апатитский КЦСОН"

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждается _____ в _____ социальных _____ услугах:

В предоставлении социальных услуг нуждается по следующим обстоятельствам:
наличие в семье _____

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

Условия _____ проживания _____ и _____ состав _____ семьи:

_____.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в реестр получателей социальных услуг: _____ (согласен/ не согласен)

(подпись) (_____
(Ф.И.О.)

_____ г.

"_____"

(дата заполнения

заявления)

ГОВАУСОН «Апатитский КЦСОН»

от

(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)

Заявление о прекращении предоставления социальных услуг

Прошу прекратить предоставление моему ребенку

(фамилия, имя, отчество)

(дата рождения)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность ребенка)

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания) на территории Российской Федерации)
социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, оказываемых
Отделением социальной реабилитации несовершеннолетних ГОВАУСОН «Апатитский
КЦСОН».

(поставщик социальных услуг)

В СВЯЗИ С

«__» _____ 201__ г.