

Директору ГОАУСОН «Апатитский КЦСОН»
(наименование государственного учреждения социального
обслуживания населения, в которое представляется заявление)

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

_____, _____
(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина (при наличии))

(реквизиты документа,

удостоверяющего личность)

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

на территории Российской Федерации)

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

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия

представителя; реквизиты документа, удостоверяющего

личность представителя; адрес места жительства)

Заявление о предоставлении материальной помощи

Прошу предоставить мне материальную помощь в виде _____

(указывается вид материальной помощи)

В СВЯЗИ _____

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия

жизнедеятельности гражданина)

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 предоставления материальной помощи: _____.

(согласен/не согласен)

_____ (_____) " ____ " _____ 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О.) дата заполнения заявления