ЗАТВЕРДЖЕНО  
 Наказ Міністерства соціальної

політики України  
 24 червня 2022 року N 186

|  |
| --- |
| Керівнику Управління праці та соціального захисту населення Червоноградської міської ради  (найменування виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі її утворення) ради або структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації) |

**ЗАЯВА  
про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг\***

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу направити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), задеклароване/зареєстроване місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)  до реабілітаційного закладу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                   (найменування реабілітаційного закладу)  для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).  Підтверджую наявність відомостей щодо:   індивідуальної програми реабілітації, виданої медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією державного або комунального закладу охорони здоров'я (для дітей з інвалідністю): Так / Ні   висновку лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров'я з рекомендаціями стосовно надання послуг (для дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності): Так / Ні   паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця / паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання, свідоцтва про народження (для дітей віком до 14 років): Так / Ні   документа із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера [облікової картки платника податків](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2020_12_14&an=281" \t "_blank), офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача: Так / Ні   документа про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації): Так / Ні   [виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого](https://ips.ligazakon.net/document/view/re20995?ed=2020_02_28" \t "_blank) [за формою,](https://ips.ligazakon.net/document/view/re38142?ed=2022_07_15&an=13)  затвердженою [наказом МОЗ України від 14.02.2012р. N 110](https://ips.ligazakon.net/document/view/re20995?ed=2020_02_28): Так / Ні  Інше: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                   (за бажанням заявника до заяви можуть додаватися копії вищезазначених документів)  \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                (підпис заявника або його законного представника)  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду                                                            (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог [Закону України "Про захист персональних даних"](https://ips.ligazakon.net/document/view/t102297?ed=2022_02_13). | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                     (підпис) | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  (дата) |

|  |
| --- |
| \* Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності [чи уповноважена керівником дитячого будинку-інтернату або малого групового будинку особа](https://ips.ligazakon.net/document/view/re38142?ed=2022_07_15&an=14" \t "_blank).  - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - *відривний корінець* - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -  Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  М. П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (власне ім'я ПРІЗВИЩЕ та підпис відповідальної особи) |