

УСЗН Житомирської РДА

(найменування виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі її утворення) ради або структурного підрозділу з питань соціального захисту населення 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, 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 за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974: 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».

(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.

(відривний корінець)

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20 ____ року.

М. П. _____

(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ та підпис відповідальної особи)

{Форма із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 203 від 15.07.2022}