

государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания населения
Архангельской области «Северодвинский
комплексный центр социального обслуживания
"Забота"»

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика
социальных услуг), в который предоставляется заявление),

(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 признать _____

(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:
государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения Архангельской
области «Северодвинский комплексный центр социального обслуживания "Забота"»

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

Нуждаюсь в социальных услугах: _____

(указываются желаемые услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:
полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание,
самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания,
травмы, возраста или наличия инвалидности

Условия проживания и состав семьи: _____

(указываются условия проживания и состав семьи)

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

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить _____

(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

К заявлению прилагаю: _____

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: _____

(согласен/не согласен)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата заполнения заявления)