Приложение №2

к Положению о порядке и условиях предоставления социальных услуг в ГБУСО Псковской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

Директору ГБУСО ПО

«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

Слотиной М.Н.

от

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

сведения о месте проживания (пребывания)

(контактный телефон, e-mail (при наличии)

реквизиты документа, подтверждающего личность

**ЗАЯВЛЕНИЕ №**

**о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить моему ребенку, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

социальные услуги оказываемые в полустационарной форме:

Нуждаемся в социальных услугах:

* Социально – медицинских ( консультации врачей специалистов)
* Социально - бытовых (горячее питание, предоставление жилого помещения, мягкого инвентаря)
* Социально - педагогических (учитель – логопед, учитель - дефектолог, воспитатель)
* Социально - психологических (психолог)
* Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала ( АФК, массаж, занятия доступными видами спорта, развлекательные мероприятия)
* Социально - правовых (информирование о перечне необходимых документов в соответствии с действующим законодательством)

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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) | “ |  | ” |  | г. |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата заполнения заявления) | | | | |