Приложение 4

к Правилам

финансирования, форме, порядку,

размеру и условиям обеспечения

средствами реабилитации лиц,

не являющихся инвалидами

и нуждающихся в средствах

реабилитации, а также перечню

средств реабилитации

(форма)

Государственное учреждение Республики Коми - центр

по предоставлению государственных услуг в сфере социальной

защиты населения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название города, района)

СПРАВКА

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_

о выплате (невыплате) компенсации расходов за самостоятельно

приобретенные средства реабилитации в соответствии с Законом

Республики Коми "О социальной поддержке населения

в Республике Коми"

Дана гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, имя, отчество)

Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного

пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Кем выдан и дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |

Дана представителю гражданина:

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

полный адрес места жительства/места пребывания (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина |  | Кем выдан и дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина |  | | |
| Номер документа |  | Кем выдан и дата выдачи |  |

в том, что ему (ей) предоставлялась, не предоставлялась (нужное

подчеркнуть) компенсация расходов за самостоятельно приобретенные средства

реабилитации отечественного производства.

(Заполняется в случае, если выплата предоставлялась):

|  |  |
| --- | --- |
| Основание для выплаты |  |
| Дата назначения выплаты |  |

Директор центра

по предоставлению

государственных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

подпись расшифровка подписи

М.П.