Приложение 1

к Порядку

предоставления

социальных услуг

(социальной услуги)

отдельным категориям граждан

(в ред. Постановлений Правительства РК от 10.02.2010 N 28,

от 29.06.2011 N 283, от 26.08.2014 N 358)

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

 (наименование государственного учреждения Республики Коми -

 центра по предоставлению государственных услуг

 в сфере социальной защиты населения)

код МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

код категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 об отказе от получения социальных услуг

 (социальной услуги)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

получающий(ая) социальные услуги (социальную услугу) на основании

Закона Республики Коми от 12 ноября 2004 г. N 55-РЗ "О социальной

поддержке населения в Республике Коми"

Представитель гражданина или законный представитель

недееспособного лица

 (нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полный адрес места жительства, места пребывания

(нужное подчеркнуть), телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина или законного представителя недееспособного лица |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина или законного представителя недееспособного лица |  |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

 ,

Прошу учесть мой отказ от получения:

 социальных услуг (социальной услуги), предусмотренных Законом

Республики Коми "О социальной поддержке населения в Республике

Коми":

 социальной услуги на обеспечение необходимыми лекарственными

препаратами для медицинского применения;

 социальной услуги на санаторно-курортное лечение;

 социальной услуги на изготовление и ремонт зубных протезов

 (нужное отметить)

и прекратить их (ее) оплату за счет суммы (части суммы)

республиканской ежемесячной денежной выплаты:

(нужное подчеркнуть)

 ┌──────┬──────┬──────┬─────────────────┐

 │ │ │ │ │

 ├──────┴──────┴──────┼─────────────────┤

 │ Дата │Подпись заявителя│

 └────────────────────┴─────────────────┘

 Отметка о регистрации заявления

 Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу,

удостоверяющему личность.

 Гражданину разъяснены его права на получение социальных услуг

(социальной услуги), установленных Законом Республики Коми от 12

ноября 2004 г. N 55-РЗ "О социальной поддержке населения в

Республике Коми"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |

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

 (линия отреза)

 Уведомление

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принято

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |