

ОБРАЗЕЦ

КУВО «УСЗН Советского района г. Воронежа»  
(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных услуг  
(исполнителя государственных (муниципальных) услуг в который предоставляется заявление)  
от ИВАНОВА ИВАНА ИВАНОВИЧА,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
14.05.1939, 021-783-656-58,  
(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)  
2002 143316 СОВЕТСКИМ РОВД,  
П. ВОРОНЕЖА 14.07.2008,  
(реквизиты документа удостоверяющего личность)  
РФ, П. ВОРОНЕЖ,  
(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)  
Ул. Молодогвардейцев, д.103, кв.1  
на территории Российской Федерации)  
8900-010000,  
(контактный телефон, e-mail (при наличии))

от \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. (при наличии) представителя, наименование гос.органа органа местного  
самоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина)  
\_\_\_\_\_  
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,  
\_\_\_\_\_  
реквизиты документа, подтверждающего личность представителя  
\_\_\_\_\_  
адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местного  
самоуправления, общественного объединения)

Заявление

о предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг)

Прошу признать ИВАНОВА ИВАНА ИВАНОВИЧА  
(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)

нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:  
КУВО "УСЗН СОВЕТСКОГО РАЙОНА г. ВОРОНЕЖА"  
(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель (исполнители) гос. (муниципальных) услуг))

Нуждаюсь в социальных услугах (государственных (муниципальных) услугах): СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ,  
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ, СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫХ  
(указываются желаемые социальные услуги (государственные (муниципальные)  
С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ  
услуги) и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг) нуждаюсь по  
следующим обстоятельствам: ЧАСТИЧНАЯ УТРАТА СПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ  
САМООБСЛУЖИВАНИЕ В СИЛУ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЛИЧИЯ ИНВАЛИДНОСТИ  
(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: ОДИНОКО ПРОЖИВАЮЩИЙ  
(указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей)  
социальных услуг (государственных (муниципальных) услуг):  
ПЕНСИЯ, ЕДК

Сведения о доходах прошу с моего согласия запросить ПЕНСИОННЫЙ ФОНД РФ  
(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального Закона от 27  
июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в регистр получателей социальных  
услуг (реестр получателей социального сертификата на получение государственной (муниципальной) услуги  
в социальной сфере): СОГЛАСЕН  
(согласен / не согласен)

(подпись) ИВАНОВ И.И.  
(Ф.И.О.)

" 01 " 02 2023 г.  
дата заполнения заявления