

В \_\_\_\_\_ ГКУ ОСЗН по Вязниковскому району  
(наименование ГКУ СЗН, предоставляющего услугу)

**Заявление по предоставлению государственными казенными учреждениями государственной услуги  
«Признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании»  
на территории Владимирской области**

**Причина признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании:**

*(Укажите одно или несколько обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности лица, нуждающегося в социальном обслуживании)*

- Полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечить основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности
- Наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе
- Наличие ребёнка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации
- Отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними
- Наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье
- Отсутствие определённого места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей
- Отсутствие работы и средств к существованию
- Иные обстоятельства, которые нормативными правовыми субъекта Российской Федерации признаны ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан

**Имеется ли в наличии документ, подтверждающий нуждаемость в социальном обслуживании?**

- Имеется
- Не имеется

**Кого необходимо признать нуждающимся в социальном обслуживании?**

**Ребёнка**

Вид представителя:

- Родитель
- Опекун
- Попечитель

**Совершеннолетнего**

**Совершеннолетнего гражданина, состоящего под административным надзором**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/представителя ребёнка) Дата

рождения \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
---	--	-------------	--

Серия и номер документа		Код подразделения	
Кем выдан			

- Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
- Определенное место жительства отсутствует \_\_\_\_\_

**Сведения о представителе заявителя (в случае обращения за совершеннолетнего):** Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Код подразделения	
Кем выдан			

**Вид представителя**

- Представитель по доверенности
- Опекун недееспособного совершеннолетнего
- Попечитель

**Сведения о ребёнке**

*(заполняется в случае если нуждающимся в социальном обслуживании является ребёнок):*

Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Место рождения

- Регистрация рождения ребёнка осуществлена на территории Российской Федерации
- Регистрация рождения ребёнка осуществлена на территории иностранного государства

**Реквизиты актовой записи о рождении ребёнка (заполняется в случае рождения ребёнка на территории Российской Федерации)**

Номер актовой записи о рождении Дата \_\_\_\_\_

ребёнка \_\_\_\_\_

Место государственной регистрации \_\_\_\_\_

**Укажите адрес ребёнка:**

- Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
- Определенное место жительства отсутствует \_\_\_\_\_

**Укажите тип учреждения, в которое планируется направление ребёнка:**

- Детский дом-интернат для умственно отсталых детей** (Заключения: психолого-медико-педагогической комиссии и врачебной комиссии с участием врача-психиатра о наличии психического расстройства имеются)
- Детский дом-интернат для детей с физическими недостатками** (Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии противопоказаний для направления в учреждение имеется)
- Реабилитационный центр**

**У ребёнка имеется индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида?**

- Не имеется
- Имеется

**Укажите тип учреждения, в которое планируется направление заявителя? (заполняется в случае если нуждающимся в социальном обслуживании является совершеннолетний):**

- Психоневрологический интернат** (Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра о наличии психического расстройства имеется)
- Учреждение для лиц, не страдающих психическими расстройствами**

**У заявителя имеется индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида?**

- Не имеется
-

Имеется

**Сведения о заявителе**

- Заявитель пострадал в результате чрезвычайной ситуации, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтах
- Заявитель не является лицом, пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтах

**Далее заполняется в случае если выбран вариант «Заявитель не является лицом, пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтах»**

**Заявитель проживает один?**

- Заявитель проживает один
- Заявитель проживает совместно с членами семьи

**Кем являются члены семьи по отношению к заявителю?**

- Супруг /Супруга

Фамилия

Дата рождения

Имя

Пол

Отчество

СНИЛС

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Код подразделения	
Кем выдан			

**Где зарегистрирован брак?**

- Регистрация брака осуществлена на территории Российской Федерации
- Регистрация брака осуществлена на территории иностранного государства

Номер актовой записи о регистрации брака

Дата

Место Государственной

регистрации \_\_\_\_\_

**Сведения о члене семьи** (Укажите в случае, если на момент обращения член семьи имеет одно или несколько из указанных обстоятельств):

- Лишение свободы**  
Номер исправительного учреждения
- Заключение под стражу**
- Нахождение на принудительном лечении по решению суда**
- Нахождение на полном государственном обеспечении**
- Несовершеннолетние дети** (Укажите количество несовершеннолетних детей, а также детей в возрасте от 18 до 23 лет (в том числе опекаемых), обучающихся на очной форме обучения. Дети, состоящие в браке, не указываются.)

Фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

**Где зарегистрировано рождение ребёнка?**

- Регистрация рождения ребёнка осуществлена на территории Российской Федерации
- Регистрация рождения ребёнка осуществлена на территории иностранного государства

**Реквизиты актовой записи о регистрации рождения ребёнка (заполняется в случае регистрации брака на территории Российской Федерации)**

Номер актовой записи  
о регистрации  
рождения ребёнка \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Место государственной  
Регистрации \_\_\_\_\_

**Сведения о члене семьи** (Укажите в случае, если на момент обращения член семьи имеет одно или несколько из указанных обстоятельств):

- Лишение свободы**  
Номер исправительного учреждения
- Заключение под стражу**
- Нахождение на принудительном лечении по решению суда**
- Нахождение на полном государственном обеспечении**

**Мать /Отец**

Фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Код подразделения	

Кем выдан

**Сведения о члене семьи** (Укажите в случае, если на момент обращения член семьи имеет одно или несколько из указанных обстоятельств):

- Лишение свободы**  
Номер исправительного учреждения
- Заключение под стражу**
- Нахождение на принудительном лечении по решению суда**
- Нахождение на полном государственном обеспечении**

**Имеются ли у заявителя доходы?**

- Имеются**

**Вид дохода**

**Размер дохода (руб., коп.)**

- Выплаты служащим силовых структур и членам их семей
- Доходы от сдачи в аренду имущества
- Стипендия
- Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком
- Авторские вознаграждения
- Заработная плата, доходы от коммерческой деятельности
- Алименты
- Доходы волонтеров, доноров
- Ежемесячное пожизненное содержание судей, вышедших в отставку

- Не имеются**

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов
-------	-------------------------

1	
2	
3	

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (на).

Даю согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных в соответствии с Федеральными законами от 27.07.2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	ФИО инспектора	Подпись инспектора