

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование учреждения социальной защиты населения)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче сертификата на полную (частичную) оплату стоимости услуг
санаторно-курортного лечения

1. Заявитель:

1) общие сведения о заявителе:

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Дата рождения (день, месяц, год): _____

Место рождения: _____

Адрес места жительства: _____

СНИЛС (при наличии): _____

телефонный номер: _____

адрес электронной почты (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

2) сведения об инвалидности (в случае, если заявителем является инвалид):

3) сведения о федеральном органе исполнительной власти (федеральном государственном органе), который направил (привлек) заявителя для участия в специальной военной операции:

- отметить в случае, если направление (привлечение) осуществлялось

Министерством обороны Российской Федерации;

- отметить в случае, если направление (привлечение) осуществлялось иным федеральным органом исполнительной власти (федеральным государственным органом), указать наименование такого органа:

2. Представитель заявителя:

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

телефонный номер:

документ, удостоверяющий личность:

серия

номер

дата выдачи

кем выдан

3. В соответствии с Порядком выдачи сертификата на оплату стоимости услуг санаторно-курортного лечения участникам специальной военной операции прошу выдать мне (заявителю) сертификат на оплату полной (частичной) стоимости услуг санаторно-курортного лечения.

4. За достоверность сообщаемых мной сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством.

5. В случае принятия решения об отказе в выдаче сертификата на оплату стоимости услуг санаторно-курортного лечения уведомление об этом прошу (нужное отметить):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | - направить в форме электронного документа на адрес электронной почты заявителя; |
| <input type="checkbox"/> | - направить в форме документа на бумажном носителе по адресу места жительства заявителя; |
| <input type="checkbox"/> | - выдать в учреждении социальной защиты населения. |

В случае невыбора способа доставки уведомления (невозможности доставки уведомления выбранным способом), а также неполучения уведомления в

учреждении социальной защиты населения в течение месяца со дня принятия решения уведомление направляется по адресу места жительства.

7. Документы, прилагаемые к заявлению:

(дата)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Заявление принял:

"__" _____ 20__ г.

(подпись специалиста)

(линия отрыва)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы

Гр.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста