

**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 Акт нуждаемости в социальных услугах
- 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 ребёнка _____ Дата _____

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?

- Имеется
 Не 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

Желаемый поставщик социальных услуг: ГБУСО ВО «Вязниковский комплексный центр социального обслуживания населения» в форме социального обслуживания: полустационар с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

У заявителя имеется индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида?

- Имеется
 Не 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:** пенсия, пенсия по инвалидности, ЕДК, ЕДВ, субсидия (нужное подчеркнуть)

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
- Зарботная 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
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Справка о составе семьи 2. Ксерокопия паспорта 3. Ксерокопия СНИЛС 4. Ксерокопия пенсионного удостоверения 5. Ксерокопия удостоверения «Ветеран труда» 6. Ксерокопия трудовой книжки 7. Справка 2-НДФЛ 8. Ксерокопия справки МСЭ 9. Ксерокопия свидетельства о смерти (мужа, жены) 10. Медицинская справка 11. Акт обследования гражданина и его семьи

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 _____

Приложение № 1 к заявлению

Наименование	Кратность
1. Социально-медицинские услуги во всех формах социального обслуживания:	
Выполнение процедур, связанных с организацией ухода, наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарственных препаратов и др.);	Ежедневно
Оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий;	Ежедневно
Проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни;	Ежедневно
Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, проведение оздоровительных мероприятий, выявление отклонений в состоянии их здоровья);	Ежедневно
2. Социально-педагогические услуги во всех формах социального обслуживания:	
Организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия).	Ежедневно

« _____ » _____ 2025 года

_____ (подпись, Ф.И.О.)