

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної  
політики України  
28 липня 2016 року № 825

Начальнику Управління праці та соціального захисту населення виконавчого  
комітету БМР Токмань Н.А.

**ЗАЯВА**  
**про надання реабілітаційних послуг\***

Прошу направити \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання особи з інвалідністю та/або  
дитини віком до двох років (включно), яка належить до групи ризику  
щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційної установи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (найменування реабілітаційної установи)

для отримання реабілітаційних (абілітаційних) послуг.

До заяви додаю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (вказати документи, що додаються до заяви)

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_ (підпис заявника або його законного  
представника)

Я, \_\_\_\_\_, даю згоду  
на

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові)

використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх  
захисту відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних  
даних”.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(підпис) (дата)

\* Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи з інвалідністю та/або  
дитини віком до двох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання  
інвалідності.

-----  
(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

М.П. \_\_\_\_\_  
(прізвище та підпис відповідальної особи)