

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)