

Руководителю \_\_\_\_\_  
(полное наименование  
" **Государственного**  
\_\_\_\_\_ учреждения социального обслуживания)  
(фамилия и инициалы руководителя)  
(фамилия, собственное имя, отчество  
(если таковое имеется) гражданина или  
его законного представителя)  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Место жительства \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(номер домашнего и мобильного  
телефонов)  
Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(серия (при наличии), номер, дата  
выдачи, наименование (код)  
\_\_\_\_\_ государственного органа, его  
выдавшего)  
Группа инвалидности (степень утраты  
здоровья) \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу направить в \_\_\_\_\_  
(наименование центра социальной реабилитации,  
\_\_\_\_\_ абилитации инвалидов для прохождения курса социальной реабилитации,  
\_\_\_\_\_ абилитации)  
\_\_\_\_\_ (форма социального обслуживания)  
в сопровождении <\*> \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое  
имеется) сопровождающего лица)

К заявлению прилагаю: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись гражданина  
(его законного представителя)

Документы приняты \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество  
(если таковое имеется) специалиста) \_\_\_\_\_ (подпись)

-----  
<\*> Заполняется при определении нуждаемости в сопровождении.