**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ**

**ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**И (ИЛИ) УСЛУГАМИ И ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН**

**ИЗ ЧИСЛА ВЕТЕРАНОВ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ),**

**ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ, А ТАКЖЕ ПО ВЫПЛАТЕ**

**КОМПЕНСАЦИИ ЗА САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИОБРЕТЕННЫЕ ИНВАЛИДАМИ**

**ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ (ВЕТЕРАНАМИ ПРОТЕЗЫ**

**(КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ), ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ)**

**И (ИЛИ) ОПЛАЧЕННЫЕ УСЛУГИ И ЕЖЕГОДНОЙ ДЕНЕЖНОЙ КОМПЕНСАЦИИ**

**РАСХОДОВ ИНВАЛИДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ И ВЕТЕРИНАРНОЕ**

**ОБСЛУЖИВАНИЕ СОБАК-ПРОВОДНИКОВ**

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального органа

 Фонда социального страхования

 Российской Федерации)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*>

 (фамилия, имя, отчество

 (при наличии) заявителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Документ, удостоверяющий личность:

 наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование органа, выдавшего

 документ, удостоверяющий

 личность, дата выдачи)

 Телефон домашний (при наличии)

 с указанием кода города: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон сотовый (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес электронной почты (при наличии):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Страховое свидетельство

 государственного пенсионного

 страхования (страховой номер

 индивидуального лицевого счета)

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 В соответствии со статьей 11.1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г.

N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и статьями

14 - 19 Федерального закона от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ "О ветеранах" прошу

предоставить государственную услугу по обеспечению инвалидов техническими

средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из

числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими

изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные

инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме

зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные

услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и

ветеринарное обслуживание собак-проводников, в следующей части:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать конкретный вид обеспечения инвалида или ветерана)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В сопровождении  нуждаюсь  не нуждаюсь <\*\*>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) сопровождающего)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (документ, удостоверяющий личность, наименование органа,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Перечень прилагаемых заявителем (инвалидом, ветераном) либо его

законным или уполномоченным представителем документов, необходимых для

предоставления государственной услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Предпочтительный способ информирования заявителя:

 (нужное отметить)

  по телефону:

  домашний;

  мобильный;

  смс-информирование;

  посредством почтовых отправлений;

  по электронной почте;

  иным способом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать иной способ информирования)

  Нуждаюсь в предоставлении услуг по переводу русского жестового

языка (сурдопереводу/тифлосурдопереводу).

 (отметить при необходимости)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

 Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя,

проверены. Заявление с приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_\_\_\_

экземпляров приняты и зарегистрированы "\_\_" \_\_\_\_\_ под N \_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность лица, принявшего (подпись) (фамилия, имя,

 заявление и приложенные отчество (при наличии))

 к нему документы)

**--------------------------------**

**<\*> В случае подачи заявления доверенным лицом заявление заполняется от имени заявителя и подписывается доверенным лицом. К заявлению прилагается документ, подтверждающий полномочия доверенного лица.**

**<\*\*> В случае необходимости сопровождения указать фамилию, имя, отчество (при наличии) и данные документа, удостоверяющего личность сопровождающего лица.**