ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
24 червня 2022 року № 186

Керівнику _____
(найменування виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі її утворення) ради або структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації)

ЗАЯВА
про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг*

Прошу направити _____
_____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), задекларованe/зареєстроване місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційного закладу _____
_____
(найменування реабілітаційного закладу)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

Підтверджую наявність відомостей щодо:

• індивідуальної програми реабілітації, виданої медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією державного або комунального закладу охорони здоров'я (для дітей з інвалідністю): Так/Ні

• висновку лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров'я з рекомендаціями стосовно надання послуг (для дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності): Так/Ні

• паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця/ паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання, свідоцтва про народження (для дітей віком до 14 років): Так/Ні

• документа із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача: Так/Ні

• документа про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації): Так/Ні

• виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974: Так/Ні

Інше: _____
_____
(за бажанням заявника до заяви можуть додаватися копії вищезазначених документів)

____ _____ 20___ року _____
(підпис заявника або його законного представника)

Я, _____ , даю згоду
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

_____ ____ _____ 20___ року
(підпис) (дата)

_____
* Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності чи уповноважена керівником дитячого будинку-інтернату або малого групового будинку особа.

(відривний корінець)

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято ____ _____ 20___ року.

М. П. _____
(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ та підпис відповідальної особи)

Генеральний Директор
Директорату соціального захисту
прав осіб з інвалідністю **О. Полякова**

{Форма із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 203 від 15.07.2022}