**Директору департаменту**

**соціального захисту населення**

**Сумської міської ради**

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

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

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

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

*(адреса місця реєстрації)*

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

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

*(адреса фактичного місця проживання)*

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

 *(контактний телефон)*

**ЗАЯВА**

**про надання реабілітаційних послуг**

Прошу направити мене на отримання послуги з психологічної реабілітації до реабілітаційної установи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(найменування реабілітаційної установи, адреса)

До заяви додаю:

- копію паспорта;

- копію реєстраційного номера облікової картки платника податків;

- копію посвідчення (засвідчену підписом) учасника бойових дій або особи з інвалідністю внаслідок війни або учасника війни;

- копію документа (засвідчену підписом), що підтверджує безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з безпосереднім перебуванням у районах антитерористичної операції в період її проведення, або копія документа про участь особи в здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення;

- копію посвідчення (засвідчена підписом) постраждалого учасника Революції Гідності для осіб, які мають статус постраждалого учасника Революції Гідності;

- копію посвідчення (засвідчена підписом) члена сім’ї або члена сім’ї загиблого із вищевказаних осіб;

- копію свідоцтва про шлюб (засвідчена підписом) для члена сім’ї (дружина або чоловік) таких осіб.

Отримувач послуг несе відповідальність за достовірність даних, що містяться в поданих документах.

Подання документів, що містять завідомо неправдиві дані, є підставою для відмови особі в реєстрації заяви про отримання послуг із психологічної реабілітації.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ року

 **Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_.**

**Відповідальна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**