

**До управління соціального захисту населення
Білоцерківської міської ради**

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

_____ місце реєстрації дитини з інвалідністю:

_____ фактичне місце проживання дитини з інвалідністю:

_____ контактний телефон заявника:

ЗАЯВА

**про направлення дитини з інвалідністю до реабілітаційної установи
для отримання реабілітаційних послуг**

Прошу направити _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) дитини з інвалідністю, дата народження)

до _____ (найменування реабілітаційної установи)

для отримання реабілітаційних послуг на підставі індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю.

До заяви додаю документи, передбачені пунктом 6 Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 № 309 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 20.01.2021 № 30).

_____ 20__ р. _____ (підпис заявника)

Заяву разом із документами, необхідними для забезпечення дитини з інвалідністю реабілітаційними послугами, на _____ аркушах прийнято _____ 20__ року:

уповноваженою посадовою особою виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади _____ (найменування виконавчого органу) _____ / _____ або (підпис, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) відповідальної особи)

адміністратором центру надання адміністративних послуг _____ (найменування суб'єкта надання адміністративних послуг) _____ / _____ (підпис, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) відповідальної особи)

* Обробка персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

✂ ----- (лінія відрізу)-----

Заяву разом із документами, необхідними для забезпечення дитини з інвалідністю реабілітаційними послугами, на _____ аркушах прийнято _____ 20__ року:

уповноваженою посадовою особою виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади _____ (найменування виконавчого органу) _____ / _____ або (підпис, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) відповідальної особи)

адміністратором центру надання адміністративних послуг _____ (найменування суб'єкта надання адміністративних послуг) _____ / _____ (підпис, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) відповідальної особи)

* Обробка персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».