Приложение 2

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ПОЛУЧЕНИЯ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

(СОЦИАЛЬНОЙ УСЛУГИ)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)*

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

2. Представитель:

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя,*

*наименование организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя,*

*и фамилия, имя, отчество (при наличии) ее представителя)*

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

3. Прошу учесть мой отказ от получения *(нужное отметить)*:

 набора социальных услуг, предусмотренных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (полного набора социальных услуг)

 социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов)

 социальной услуги, предусмотренной пунктом 1.1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (по предоставлению при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, в санаторно-курортные организации, определенные в соответствии с законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд)

 социальной услуги, предусмотренной пунктом 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (по бесплатному проезду на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно)

и прекратить его (ее, их) оплату за счет суммы (части суммы) ежемесячной денежной выплаты с 1 января 20\_\_\_\_ года.

4. Мною получены разъяснения о праве на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг в соответствии со статьей 6.3 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», а также о прекращении предоставления набора социальных услуг (социальной услуги) с 1 января 20\_\_\_\_ года в соответствии с данным заявлением.

5. О ходе и результатах рассмотрения данного заявления прошу информировать:

  меня лично;  моего представителя

 *(сделать отметку в соответствующем квадрате)*

 Путем передачи текстовых сообщений:

 *(сделать отметку в соответствующем квадрате)*

на адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать адрес электронной почты)*

 на абонентский номер устройства подвижной радиотелефонной связи

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

*(указать абонентский номер)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата заполнения заявления | Подпись гражданина(представителя) | Расшифровка подписи(фамилия, инициалы) |
|  |  |  |

Отметка о регистрации заявления

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленному документу, удостоверяющему личность.

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял |
| Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |
|  |  |  |