

Приложение № 1

к Порядку предоставления реабилитационных услуг детям-инвалидам и детям группы риска, проживающим на территории Луганской Народной Республики, которые имеют медицинские показания и требуют специальных условий для получения комплекса реабилитационных услуг

В Администрацию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование администрации города и/или района  
Луганской Народной Республики)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя получателя)

\_\_\_\_\_  
(адрес фактического места проживания, телефон)

\_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты)

**Заявление  
о предоставлении реабилитационных услуг**

Прошу направить \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О., категория получателя реабилитационных услуг)

в реабилитационное учреждение: \_\_\_\_\_  
(наименование реабилитационного учреждения, отделения реабилитационного учреждения)

для получения реабилитационных услуг согласно индивидуальной программе реабилитации / рекомендациям врачебно-консультационной комиссии (нужное подчеркнуть)

О принятом решении прошу уведомить (выбрать):

- по телефону;
- в письменном виде на адрес, указанный выше;
- в форме электронного документа.

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, которые необходимы для получения реабилитационных услуг, и несу полную ответственность за достоверность предоставленной информации.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О.)

\_\_\_\_\_  
(регистрационный номер заявления)

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись ответственного лица)

✂----- (линия отреза) -----

Заявление и документы приняты на \_\_\_\_\_ листах « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
и зарегистрированы под № \_\_\_\_\_

Ответственное лицо \_\_\_\_\_

Ознакомлен(а) \_\_\_\_\_