|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ Міністерства соціальної політики України  29 січня 2021 року № 37 | |
|  | УСЗН Кременчуцької районної державної адміністрації | |
|  | від | |
|  | (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника / уповноваженого представника сім’ї) | |
|  | Дата народження | |
|  | Місце проживання / перебування | |
|  | Номер телефону | |
|  | Документ, що посвідчує особу: | |
|  | Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) | |
|  | Ким та коли виданий | |
|  | Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі | |
|  | Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття на облік бездомної особи (необхідне підкреслити) | |
|  |  | |
|  | Ким та коли видана(не) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки / посвідчення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\* | |
|  | Зареєстроване місце проживання | |
|  |  | № |
|  | (дата реєстрації заяви) |  |

**ЗАЯВА**

**про згоду отримувати соціальні послуги**

Я, ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(прізвище, ім’я, по-батькові (за наявності))

погоджуюсь на отримання соціальних послуг з догляду на непрофесійній основі від ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(прізвище, ім’я, по-батькові (за наявності))

З умовами та порядком призначення компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, ознайомлена(ий).

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення компенсації за надання соціальних послуг на непрофесійній основі, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України

**Додаткова інформація, яка повідомляється фізичною особою,**

**яка отримує соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі**

**(необхідне підкреслити)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Соціальну послугу догляду вдома | | | Отримую | | Не отримую | |
| Соціальну послугу паліативного догляду | | | Отримую | | Не отримую | |
| Соціальну послугу стаціонарного догляду | | | Отримую | | Не отримую | |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  | (підпис) | |  | | (прізвище, ініціали) |