|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В |  | | | | | | | | |
|  |  | (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | от |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) | | | | | | | | | |
|  | проживающий(ая) в Российской Федерации: | | | | | | | | | |
| адрес места жительства | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | адрес места пребывания | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | адрес места фактического проживания | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | Срок нахождения по месту  пребывания, фактического  проживания до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | | | | | | | | | |
|  | Дата рождения | | | | | |  | | | |
|  | Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | | |
| наименование | | | | |  | | | | |
|  | серия | |  | | номер | | |  | | |
|  | выдан | | |  | | | | | | |
|  |  | | | (наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи) | | | | | | |
|  | Телефон домашний (при наличии) с указанием кода города: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | Телефон мобильный (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | Адрес электронной почты (при наличии): | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) | | | | | | | | | |
| N |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В соответствии со [статьей 11.1](consultantplus://offline/ref=F050978042FDB59D1A44E2F25B549A41A98AF36EDB1C50F6DEF23183402C4711CE3791712A1FA656AC8A238863D1C10118777D38a9X5B) Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и [статьями 14](consultantplus://offline/ref=F050978042FDB59D1A44E2F25B549A41A98AF76BD81D50F6DEF23183402C4711CE379170271FA656AC8A238863D1C10118777D38a9X5B) - [19](consultantplus://offline/ref=F050978042FDB59D1A44E2F25B549A41A98AF76BD81D50F6DEF23183402C4711CE3791732F16F953B99B7B8460CDDF090E6B7F3A96aBX5B) Федерального закона от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ "О ветеранах" прошу предоставить государственную услугу по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников, в следующей части: | | | | | |
|  | | | | | |
| (указать конкретный вид обеспечения инвалида или ветерана) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| В сопровождении нуждаюсь не нуждаюсь | | | | | |
|  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) сопровождающего) | | | | | |
|  | | | | | |
| (наименование документа, удостоверяющего личность, серия и номер, наименование органа, | | | | | |
|  | | | | | |
| выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи) | | | | | |
|  | | | | | |
| Перечень прилагаемых заявителем (инвалидом, ветераном) либо его законным или уполномоченным представителем документов, необходимых для предоставления государственной услуги: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Предпочтительный способ информирования заявителя:  (нужное отметить) | | | | |  |
| по телефону: | | | | | |
| домашний; | | | | | |
| мобильный; | | | | | |
| смс-информирование; | | | | | |
| посредством почтовых отправлений; | | | | | |
| по электронной почте; | | | | | |
| иным способом | |  | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| (указать иной способ информирования) | | | | | |
| Нуждаюсь в предоставлении услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу/тифлосурдопереводу).  (отметить при необходимости) | | | | | |
| Прошу результат предоставления государственной услуги: | | | | | |
|  | Вручить в территориальном органе Фонда | |  | Вручить в МФЦ | |
| (при подаче заявления в МФЦ) | |
|  | Направить по почте | |  | Направить в форме электронного документа | |
| (при направлении заявления через Единый портал, личный кабинет получателя услуг на официальном сайте Фонда) | |
| Прошу перечислить компенсацию за самостоятельно приобретенное техническое средство (изделие): | | | | | |
|  | Почтовым переводом | |  | Перечислением средств на счет, открытый в кредитной организации | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом  (при наличии) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Подтверждаю согласие на участие в СМС-опросе о качестве предоставления государственных услуг.  (отметить при необходимости) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (подпись заявителя) |

|  |
| --- |
| Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя, проверены. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ( | ) |
| (должность работника многофункционального центра, подписавшего заявление и принявшего приложенные к нему документы) |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) | |
| МП. |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя (представителя), проверены.  Заявление с приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_ экземпляров приняты и зарегистрированы  "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ под N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ( | ) |
| (должность лица территориального органа Фонда, принявшего заявление и приложенные к нему документы) |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) | |