

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної  
політики України  
14.07.2016 № 762

Структурному підрозділу з питань соціального захисту населення місцевої державної адміністрації або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування (у разі відсутності структурного підрозділу з питань соціального захисту населення місцевої державної адміністрації)

\_\_\_\_\_ (адміністративно-територіальна одиниця)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце проживання/перебування (адреса) \_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу (паспорт):

серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Виданий \_\_\_\_\_

Дата видачі \_\_\_\_\_

Реєстраційний номер облікової картки платника податків \_\_\_\_\_

(за наявності)

### ЗАЯВА

Прошу прийняти мене на обслуговування до територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (далі – територіальний центр) \_\_\_\_\_ для надання

(найменування територіального центру)

соціальної послуги \_\_\_\_\_.

(назва соціальної послуги)

Я одинок(ий), не одинок(ий), проживаю самотньо (необхідне підкреслити).

Працевдатних рідних (батьків, дітей, чоловіка, дружини), осіб, які відповідно до законодавства повинні забезпечити мені догляд і допомогу, осіб, з якими укладено договір довічного утримання (догляду), не маю (маю) (необхідне підкреслити).

Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю (необхідне підкреслити).

Мої рідні (працевдатні, непрацевдатні) (необхідне підкреслити) проживають за адресою: \_\_\_\_\_

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, порядком, тарифами та розмірами оплати (у разі надання платних соціальних послуг або із встановленням диференційованої плати) ознайомена(ий).

Погоджуюсь (не погоджуюсь) (необхідне підкреслити) на проведення обстеження матеріально-побутових умов мого проживання з метою визначення необхідності надання мені натуральної чи грошової допомоги.

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені соціальних послуг.

---

(дата заповнення)

---

(підпис)

Рішення керівника структурного підрозділу з питань соціального захисту населення місцевої державної адміністрації або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування щодо надання/відмови в наданні соціальних послуг (необхідне підкреслити).

---

\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ року

---

(підпис керівника)