

Директору БУ СО ВО «КЦСОН Харовского района»  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающего (ей) по адресу:

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить во временное пользование

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование средства реабилитации)

К заявлению прилагаю (наименование документов):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Заявляю, что мой среднедушевой доход (среднедушевой доход лица, представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) составляет \_\_\_\_\_ тыс. рублей.  
(среднедушевой доход определяется согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 года № 1075 « Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для представления социальных услуг бесплатно».

| Фамилия, имя, отчество заявителя и членов его семьи | Родственные отношения | Дата рождения | Место работы, учебы | Вид дохода | Размер дохода за последние 12 месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления (в рублях) |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                       |               |                     |            |                                                                                          |
|                                                     |                       |               |                     |            |                                                                                          |
|                                                     |                       |               |                     |            |                                                                                          |
|                                                     |                       |               |                     |            |                                                                                          |
|                                                     |                       |               |                     |            |                                                                                          |
|                                                     |                       |               |                     |            |                                                                                          |
| Итого                                               |                       |               |                     |            |                                                                                          |

Подтверждаю:

- правильность и полноту сообщенных сведений;
- что в случае установления недостоверности сведений сумма оплаты за пользование средством реабилитации должна быть возмещена мною добровольно или будет взыскана в судебном порядке.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата подачи заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя / расшифровка подписи)