Департамент по труду и социальной

 защите населения Администрации

 муниципального образования город

 Салехард

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче реабилитационного сертификата для ребенка-инвалида

на территории Ямало-Ненецкого автономного округа/дубликата

реабилитационного сертификата для ребенка-инвалида

на территории Ямало-Ненецкого автономного округа

(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

1. Статус лица, имеющего право на получение реабилитационного сертификата:

 (мать, отец, ребенок)

2. Сведения о принадлежности к гражданству: гражданин Российской Федерации,

иностранный гражданин, лицо без гражданства (нужное подчеркнуть).

3. Сведения о месте жительства (указываются на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или ином документе, подтверждающем постоянное проживание заявителя на территории Ямало-Ненецкого автономного округа):

почтовый индекс район, город, иной населенный пункт Салехард

улица номер дома корпус квартира

4. Контактный телефон:

адрес электронной почты (при наличии):

5. Дата рождения заявителя:

6. Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименованиедокумента |  | Когда выдан |  |
| Серия и номер |  | Код подразделения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии)

8. Идентификационный номер налогоплательщика физического лица (при наличии)

9. Сведения о ребенке-инвалиде:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество | Пол | Реквизиты свидетельства о рождении | Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) | Число, месяц, год рождения | Место рождения | Гражданство |
|  |  |  |   |  |  |  |  |

10. Реквизиты документа, подтверждающего усыновление ребенка, признанного инвалидом, либо установление опеки или попечительства, принятие в приемную семью

11. Сведения о месте жительства ребенка-инвалида (указываются на основании записи в документе, подтверждающем постоянное проживание на территории Ямало-Ненецкого автономного округа):

почтовый индекс , район, город, иной населенный пункт

улица номер дома корпус квартира

12. Прошу выдать мне реабилитационный сертификат/дубликат реабилитационного сертификата на ребенка

 (фамилия, имя, отчество, дата рождения (усыновления) ребенка-инвалида)

13. Сведения о ранее выданном реабилитационном сертификате с указанием обстоятельств его утраты (порчи) (в случае обращения за дубликатом реабилитационного сертификата

14. Родительских прав в отношении ребенка (детей) не лишался

 (не лишалась(ся), лишалась(ся) - указать нужное)

Умышленных преступлений, относящихся к преступлениям против личности, в отношении своего ребенка

 не совершал

 (детей) не совершала (не совершал).

15. Достоверность представленных сведений, указанных в заявлении о выдаче реабилитационного сертификата/дубликата реабилитационного сертификата, подтверждаю. Об ответственности за недостоверность представленных сведений проинформирован.

16. Информацию о ходе предоставления государственной услуги прошу направлять посредством (отметить один из вариантов, заполняется по желанию заявителя):

┌───┐

│ │ смс-информирования

│ │ (указать номер телефона)

└───┘

┌───┐

│ │ на адрес электронной почты

│ │ (указать адрес электронной почты)

└───┘

┌───┐

│ │ в личный кабинет в федеральной государственной информационной системе

│ │ "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"

└───┘

17. Способ получения реабилитационного сертификата

(отметить нужное):

┌───┐ ┌───┐ ┌───┐

│ │ лично │ по почте │ │ через многофункциональный центр

└───┘ └───┘ └───┘

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Дата | Подпись заявителя |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю следующие документы: |
| Перечень |
| 1. | 5.  |
| 2. | 6.  |
| 3. | 7.  |
| 4.  | 8. |

18. Настоящее заявление заполнено законным представителем или доверенным лицом:

 (фамилия, имя, отчество)

Адрес места жительства

 (указывается адрес регистрации по месту жительства)

Дата и место рождения

Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии)

Контактный телефон:

Вид документа, удостоверяющего личность: серия

N дата выдачи кем выдан

Наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя или доверенного лица:

серия N дата выдачи кем выдан

Я согласен(а) на осуществление обработки моих персональных данных при проведении сверки с данными различных органов государственной власти, иных государственных органов, органов местного самоуправления, а также юридических лиц, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности.

 Ознакомлен(а), что в любое время вправе обратиться с письменным заявлением о прекращении действия настоящего согласия.

Дата

 (подпись законного представителя или доверенного лица)

 Расписка-уведомление

Заявление и документы заявителя

 (фамилия и инициалы)

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял |
| Дата приема заявления | Фамилия и подпись должностного лица (работника) |
|  |  |  |

Расписка-уведомление

Заявление и документы заявителя

 (фамилия и инициалы)

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял |
| Дата приема заявления | Фамилия и подпись должностного лица (работника) |
|  |  |  |