Приложение 1

 к Административному регламенту предоставления государственной услуги «Предоставление детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, воспитывающимся в приемных семьях, путевок в организации отдыха детей и их оздоровления (в санаторно-курортные организации при наличии медицинских показаний), а также оплаты проезда к месту лечения и обратно»

ФОРМА

заявления о предоставлении детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, воспитывающимся в приемных семьях, путевок

в организации отдыха детей и их оздоровления

(в санаторно-курортные организации при наличии

медицинских показаний), а также оплаты проезда

к месту лечения и обратно

Главе города-курорта Железноводска

Ставропольского края

 (Ф.И.О. главы)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. заявителя полностью)

проживающего (щей) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес проживания по паспорту)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(паспорт (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения

родителей, воспитывающимся в приемных семьях, путевок

в организации отдыха детей и их оздоровления

(в санаторно-курортные организации при наличии

медицинских показаний), а также оплаты проезда

к месту лечения и обратно

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(когда и кем выдан)

 Адрес (по месту регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Прошу предоставить несовершеннолетнему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество(при наличии) ребенка (детей), число, месяц, год рождения)

воспитывающемуся в моей приемной семье, путевку в организации отдыха детей и их оздоровления, в санаторно-курортные организации (нужное подчеркнуть), а также возместить стоимость проезда к месту лечения и обратно.

 Медицинские показания для направления ребенка в\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ имеются.

 Обязуюсь предоставить: отрывной талон санаторно-курортной путевки, платежные документы об оплате стоимости санаторно-курортной путевки, проездные документы, подтверждающие расходы на проезд к месту лечения и обратно.

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

(фамилия, имя, отчество)(при наличии)

даю согласие на обработку и использование моих персональных данных,

содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

 К заявлению прилагаются следующие документы:

 копия документа, удостоверяющего личность;

 справка для получения путевки (форма 070/у-04);

 медицинская справка ребенка (форма 079/у);

 проездные документы, подтверждающие расходы на проезд к месту лечения и обратно;

 документы, подтверждающие правовой статус ребенка, оставшегося без попечения родителей;

 реквизиты счета, открытого заявителем, наименование организации (филиала, отделения и т.д.), в которую должно быть перечислено возмещение расходов за проезд к месту лечения и обратно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка)