

Областное государственное бюджетное учреждение
« Центр социального обслуживания граждан
пожилого возраста и инвалидов по г. Костроме»
(наименование поставщика социальных услуг)
Михайловой Лилии Леонтьевне
(Ф.И.О. руководителя поставщика социальных услуг)

от: _____
(Ф.И.О. гражданина (получателя социальных услуг))

Дата рождения: _____

СНИЛС: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Гражданство: _____

Место проживания/ адрес: _____

Ф.И.О. представителя гражданина: _____

(указывается при наличии

представителя гражданина)

Документ удостоверяющий личность представителя: _____

Документ, подтверждающий полномочия представителя: _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставлять мне социальные услуги _____, в соответствии с

(указать форму предоставления услуг: стационар, полустационар, на дому)

Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», оказываемые в областном государственном бюджетном учреждении «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов по г. Костроме»

(указывается наименование поставщика социальных услуг)

Основанием для предоставления социальных услуг являются: _____

(указать реквизиты индивидуальной программы получателя социальных услуг; направления/путёвки; иные основания)

Прошу заключить со мной договор о предоставлении социальных услуг.

« _____ » _____ 20__ г.

_____ / _____
(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Заключение директора ОГБУ « ЦСО по г. Костроме»:

Предоставлять социальные услуги _____ с _____

« _____ » _____ 2015 г.

_____ / _____
(подпись)

Л.Л. Михайлова