

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України

14 вересня 2018 року № 1354

ЗАЯВКА*

на забезпечення технічними засобами реабілітації № _____

(допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням, спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією)

Дата _____

до картки особи № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Працюючий(а) _____
(так/ні)

4. Місце проживання (zareestrovane) _____

5. Місце проживання / перебування (фактичне) _____

6. Контактний телефон _____

7. Електронна адреса _____

8. Пільгова категорія _____

9. Причина інвалідності _____, група інвалідності _____

10. Вага користувача, кг _____, зріст користувача, см _____

11. Найменування технічного засобу реабілітації _____

(призначеного відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції)

Працівник органу соціального захисту населення,

відповідальний за оформлення заявки _____
(прізвище та ініціали) (підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції/
законний представник / уповноважена особа (із призначенням згоден(на))

(прізвище та ініціали) (підпис)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».