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 (зареєстроване) ____
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».