

Приложение № 1
к Порядку предоставления реабилитационных
услуг инвалидам, другим отдельным
категориям граждан Луганской Народной
Республики, которые имеют медицинские
показания и требуют специальных условий для
получения комплекса реабилитационных услуг

В Администрацию _____

(наименование администрации города и/или района
Луганской Народной Республики)

(фамилия, имя, отчество получателя реабилитационных услуг /
представителя получателя реабилитационных услуг)

(адрес фактического места проживания, телефон)

(адрес электронной почты)

Заявление о предоставлении реабилитационных услуг

Прошу направить _____

(Ф. И. О., категория получателя реабилитационных услуг)

_____ для получения
услуг профессиональной/медицинской реабилитации согласно индивидуальной
программе реабилитации / рекомендациям врачебно-консультационной комиссии
(нужное подчеркнуть)
в реабилитационное учреждение: _____

(наименование реабилитационного учреждения)

О принятом решении прошу уведомить меня (выбрать):

- по телефону;
- в письменном виде на адрес, указанный выше;
- в форме электронного документа.

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, которые необходимы для
получения реабилитационных услуг, и несу полную ответственность за достоверность
предоставленной информации.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(регистрационный номер заявления)

(дата приема заявления)

(подпись ответственного лица)

✂----- (линия отреза) -----

Заявление и документы приняты на _____ листах « _____ » _____ 20 _____ г.
и зарегистрированы под № _____

Ответственное лицо _____

Ознакомлен(а) _____