Директору ГКУ РХ «УСПН г. Абакана»

(Ф.И.О.)

 ,

(Ф.И.О.)

проживающего(ей) по адресу:

тел.

паспорт: серия №

выдан

 « » г.

**Заявление**

**об оказании материальной помощи**

Прошу оказать мне (моей семье) материальную помощь в связи с

(приобретением лекарственных препаратов ребенку-инвалиду, не входящих в льготный перечень лекарственных препаратов, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации и Правительством Республики Хакасия; лечением (обследованием) ребенка-инвалида; проездом к месту лечения (обследования) ребенка-инвалида в случае, если проезд не может быть предоставлен через Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Хакасия; проведением реабилитационных мероприятий ребенка-инвалида; приобретением средств реабилитации ребенку-инвалиду, не входящих в Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, представляемых инвалиду, утвержденный Правительством Российской Федерации;

Материальную помощь прошу перечислить

(почтовым переводом по месту жительства либо на счет, открытый в кредитной организации с указание номера счета и наименованием кредитной организации)

Перечень представленных документов:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
|  |  |

Я предупрежден(а) об ответственности за сокрытие доходов и предоставление документов с заведомо неверными сведениями, влияющими на право на оказание материальной помощи. Против проверки предоставленных мной сведений и посещения семьи представителями ГКУ РХ «УСПН города (района)» не возражаю.

Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия И.О.) |