ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
11 лютого 2021 року № 76
Зареєстровано
у Міністерстві юстиції України
01 березня 2021 року за № 259/35881

Директору департаменту соціальної та ветеранської політики Рівненської міської ради
Олені ПЕТРИК

Сидоренко Інни Василівни
(ПІБ заявника)

м. Рівне, вул. Київська, 15/17
місце реєстрації дитини з інвалідністю

м. Рівне, вул. Київська, 15/17
фактичне місце проживання дитини з інвалідністю

0961234567
(телефон)

ЗАЯВА*

Про направлення дитини з інвалідністю до реабілітаційної установи для отримання реабілітаційних послуг

Прошу направити Сидоренка Ігоря Петровича, 21.05.2018 р.н.
ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження

до Клініки „МедОк" з 10.05.2026
найменування реабілітаційної установи

для отримання реабілітаційних послуг на підставі індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю (термін дії до 28.05.2029 ________________________).

Даю згоду на використання моїх та/або дитини з інвалідністю, інтереси якої я представляю, персональних даних, що будуть внесені до Централізованого банку даних з проблем інвалідності.

До заяви додаю документи, передбачені пунктом 6 Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю», затвердженого постановою КМУ від 27.03.2019 № 309 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 20.01.2021 № 30).

Заяву разом із документами, необхідними для забезпечення дитини з інвалідністю реабілітаційними послугами, на ___аркушах прийнято ___ ___________202 р.;
__ уповноваженою посадовою особою виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади________/______________________________________ або
(підпис, прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи)
__ адміністратором центру надання адміністративних послуг
___________/____
(підпис, прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи)
Ознайомився(лась) Сидоренко
(підпис заявника)

---лінія відрізу---

Заяву разом із документами, необхідними для забезпечення дитини з інвалідністю реабілітаційними послугами, на ___аркушах прийнято ___ ___________202 р.;
__ уповноваженою посадовою особою виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади________/______________________________________ або
(підпис, прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи)
__ адміністратором центру надання адміністративних послуг
___________/____
(підпис, прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи)
Ознайомився(лась) Сидоренко
(підпис заявника)

Заяву та документи на ___аркушах прийнято відповідним структурним підрозділом
___ ___________ 202 р. та зареєстровано у журналі реєстрації документів за №__________
___________/____
(підпис, прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи)