

Управление по труду, занятости и социальной
защиты

(наименование управления (отдела), центра, БПОВЦ,

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)
заявителя (его законного представителя),

наименование документа, удостоверяющего личность, серия,
номер, когда и кем выдан,

регистрация по месту жительства (месту пребывания),

номер домашнего и мобильного телефонов,

адрес электронной почты (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ
об обеспечении средствами реабилитации

Прошу обеспечить _____
(указать фамилию, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, нуждающегося в

_____ (средствах реабилитации) *

средствами реабилитации:

согласно ИПРА инвалида (заключению ВКК) от _____ 20 __ г. № ____
Прилагаются документы на _____ л.:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Проинформирован(а) о порядке проведения ремонта, замены, возврата
инвалидной кресло-коляски. Согласен(а) на получение информации письменно,
посредством SMS-сообщений, электронной почты (нужное подчеркнуть).

(подпись заявителя)

При обеспечении креслом-коляской активного типа выражаю согласие на
прохождение обучения пользованию данным средством реабилитации.

(подпись заявителя)

Проинформирован(а) о необходимости внесения частичной платы, ее размере и
банковских реквизитах получателя платежа.

_____ 20 __ г.

(подпись заявителя)

Документы приняты _____ 20 __ г.

(подпись специалиста,
принявшего документы)

Регистрационный номер _____

* Заполняется представителем лица, нуждающегося в средствах реабилитации.