

Директору МКУ «Агентство развития  
социальной политики города Новосибирска»  
Плоских Д.В.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения: \_\_\_\_\_,  
проживающего (-ей) по адресу:

\_\_\_\_\_  
зарегистрированного (-ой) по адресу:

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность:

№ \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Справка МСЭ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Инвалидность установлена на срок до: \_\_\_\_\_

Номера контактных телефонов:

городской: \_\_\_\_\_,

мобильный: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу разрешить мне / моему ребенку-инвалиду, \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения, свидетельство о рождении № когда выдан)

использовать услугу «Социальная служба сопровождения» без ограничения количества поездок для  
прохождения лечения (реабилитации) или обучения в учреждении:  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Название и адрес лечебного (реабилитационного) или образовательного учреждения)

на период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю  
согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных своего  
несовершеннолетнего ребенка включённых в настоящее заявление, в том числе с использованием  
средств автоматизации, в целях получения услуги «Социальная служба сопровождения».

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие я действую по своей воле и в интересах  
ребенка, законным представителем которого я являюсь.

Приложение: График прохождения лечения (реабилитации) или обучения, согласованный  
ответственным уполномоченным лицом учреждения, с указанием сроков и времени прохождения  
лечения (реабилитации) или обучения.

Ответ на заявление прошу сообщить в устной форме по указанным телефонам.  
В письменном ответе не нуждаюсь.

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_