

Заявление
в филиал КУ ОО «Областной центр социальной защиты населения»
по _____ району

Я, _____
(Ф. И. О. заявителя/законного представителя)

_____ (адрес регистрации)

_____ (контактный телефон)

_____ (реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____ (СНИЛС)

Прошу назначить компенсацию стоимости проезда лицам, нуждающимся в проведении процедур гемодиализа, к месту проведения процедуры гемодиализа и обратно.

К заявлению прилагаю:

документ, удостоверяющий личность и регистрацию получателя на территории Орловской области;

копию документа, подтверждающего полномочия лица действовать от имени получателя;

справку медицинской организации, подтверждающую необходимость проведения процедур гемодиализа (обновляется получателем один раз в год);

документы, подтверждающие фактические расходы на проезд к месту проведения процедур гемодиализа и обратно на междугородном (пригородном) автомобильном и железнодорожном транспорте общего пользования.

Дополнительные документы (для выплаты компенсации сопровождающему лицу):

копию паспорта сопровождающего лица;

копию свидетельства о рождении (усыновлении) ребенка;

копию справки учреждения медико-социальной экспертизы об установлении получателю первой группы инвалидности или третьей степени ограничения способности к трудовой деятельности.

Прошу производить выплату компенсации стоимости проезда лицам, нуждающимся в проведении процедур гемодиализа, к месту проведения процедуры гемодиализа и обратно:

с доставкой на дом _____;

в кредитную организацию _____;

на счет № _____.

Я даю свое согласие на обработку в установленном порядке филиалом КУ ОО «Областной центр социальной защиты населения» моих персональных данных в целях выплаты компенсации стоимости проезда лицам, нуждающимся в проведении процедур гемодиализа, к месту проведения процедуры гемодиализа и обратно.

Предупрежден (предупреждена) об ответственности за представление документов с заведомо неверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на назначение и выплату компенсации стоимости проезда лицам, нуждающимся в проведении процедур гемодиализа, к месту проведения процедуры гемодиализа и обратно.

Дата обращения _____ 20__ г. подпись заявителя _____

Дата регистрации заявления _____ 20__ г. № _____

Подпись специалиста _____

Отрывной талон

к заявлению о назначении компенсации стоимости проезда лицам, нуждающимся в проведении процедур гемодиализа, к месту проведения процедуры гемодиализа и обратно.

Заявление о назначении компенсации стоимости проезда лицам, нуждающимся в проведении процедур гемодиализа, к месту проведения процедуры гемодиализа и обратно принято _____ 20__ г.

(число, месяц, год)

(подпись специалиста)