

Директору государственного казенного учреждения «Управление социальной защиты населения № __»

от _____

Документ, удостоверяющий личность _____

(вид документа, серия и номер документа,

_____ кем выдан документ, дата его выдачи)

Адрес по месту жительства _____

Адрес электронной почты _____

Дата рождения _____

Телефон _____

Заявление

В соответствии с Законом Курганской области от 2 июля 2015 года № 71 «О государственной социальной помощи в Курганской области» прошу назначить мне компенсацию стоимости проезда к месту оказания лечебно-консультативной помощи и обратно по направлению Департамента здравоохранения Курганской области малоимущим гражданам, а также лицам, сопровождающим малоимущих граждан, в случае наличия соответствующего заключения Департамента здравоохранения Курганской области (далее - компенсация).

Ранее компенсация _____.

(назначалось, не назначалось)

Компенсацию прошу выплатить мне через отделение связи № _____ (кредитную организацию _____ на лицевой счет № _____).

К настоящему заявлению прилагаю:

1) направление Департамента здравоохранения Курганской области на получение лечебно-консультативной помощи - ___ шт.;

2) документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства или по месту пребывания на территории Курганской области, - ___ шт.;

3) сведения о доходах членов семьи или одиноко проживающего гражданина за 3 месяца, предшествующих месяцу поездки к месту оказания лечебно-консультативной помощи, - ___ шт.;

4) копию документа, подтверждающего получение лечебно-консультативной помощи за пределами Курганской области по направлению Департамента здравоохранения Курганской области, - ___ шт.;

5) проездные документы, подтверждающие произведенные расходы, - ___ шт.;

6) заключение Департамента здравоохранения Курганской области о необходимости сопровождения гражданина к месту оказания лечебно-консультативной помощи - ___ шт.

Уведомление о назначении компенсации прошу направить _____.

(по почте, по электронной почте)

В связи с моим обращением в государственное казенное учреждение «Управление социальной защиты населения № __» для назначения и выплаты

компенсации даю согласие на обработку моих персональных данных в государственном казенном учреждении «Управление социальной защиты населения № __» в целях и объеме, необходимых для назначения и выплаты компенсации.

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление зарегистрировано: _____ г. № _____

(подпись, фамилия, имя,
отчество,
должность специалиста,
зарегистрировавшего
заявление)

расписка

Документы в количестве ____ шт. принял, проверил специалист _____
Дата приема заявления «__» _____ 20__ года
Регистрационный № _____
Телефон _____