

Поездок:

В ГКУ ТО «Центр социальной
поддержки населения»
Конаковского района Тверской области

К оплате:

Стоимость 1 поездки по договору:

Заявление
о предоставлении государственной социальной помощи
на проезд к месту лечения гемодиализом

От _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

1. Адрес места жительства, контактный телефон: _____

2. Документ, удостоверяющий личность заявителя:
наименование документа _____ серия _____ номер _____
кем выдан _____ дата выдачи _____
номер СНИЛС (при наличии) _____

3. Сведения о представителе заявителя (в случае подачи заявления представителем
заявителя):

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

4. Документ, удостоверяющий личность представителя заявителя:
наименование документа _____ серия _____ номер _____
кем выдан _____ дата выдачи _____

5. Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя:

(наименование документа, дата выдачи)

6. Прошу предоставить мне материальную помощь на проезд к месту лечения
гемодиализом в _____
(медицинское учреждение)
и обратно за _____
(месяц)

7. Назначенное пособие прошу перечислять

(наименование и номер лицевого счета в финансовой организации или номер почтового отделения)

8. Подтверждаю достоверность представленных мною сведений и документов,
прилагаемых к настоящему заявлению.

9. Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным
законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись заявителя (представителя заявителя))