

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Мінсоцполітики
04 липня 2012 року № 400
(у редакції наказу Міністерства
соціальної політики України
від 14 жовтня 2014 року № 765)

ЗАЯВКА*

на забезпечення засобами для пересування № _____

Дата _____ до картки особи № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Працюючий(а) _____

(так/ні)

4. Місце проживання (згідно з паспортними даними) _____

5. Місце проживання (фактичне) _____

6. Контактний телефон _____

7. Адреса електронної пошти (e-mail) _____

8. Паспорт: серія _____ № _____, виданий _____

(ким, дата)

9. Свідоцтво: серія _____ № _____, видане _____

(ким, дата)

10. Пільгова категорія: _____

11. Причина інвалідності _____ Група інвалідності _____

12. Вага, кг _____ Ширина сидіння, см _____

13. Зріст, см _____

14. Вид обмеження функцій опорно-рухового апарату (відмітити потрібне):

<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ КИСТІ ТА ПРОМЕНЕЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА	<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ СТОПИ
<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА	<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА
<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА	<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ КОЛІННОГО СУГЛОБА
<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ КИСТІ	<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА
<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ ПРОМЕНЕЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА	<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ СТОПИ
<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА	<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА
<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ ПЛЕЧА	<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ КОЛІННОГО СУГЛОБА
<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ КРИЖОВО-КЛУБОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	<input type="checkbox"/>	АМПУТАЦІЯ НА РІВНІ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА
<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА
<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ОРА ВНАСЛІДОК НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ДЦП)	<input type="checkbox"/>	ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

15. Умови використання крісла колісного (відмітити потрібне):

- ДЛІА ПЕРЕСУВАННЯ В ПРИМІЩЕННІ
 ДЛІА ПЕРЕСУВАННЯ В ПРИМІЩЕННІ ТА ПОЗА ПРИМІЩЕННЯМ
 ДЛІА ПЕРЕСУВАННЯ ПО ДОРОГАХ ІЗ ТВЕРДИМ ПОКРИТТЯМ

16. Найменування, шифр та позначення виробника крісла колісного згідно з номенклатурою та каталогом _____

Підпис відповідального працівника (управління соціального захисту населення, сервісного центру або підприємства)

М. П.

_____ (прізвище та ініціали)

_____ (підпис)

Інвалід/законний представник/уповноважена особа (із призначенням згоден(на)):

_____ (прізвище та ініціали)

_____ (підпис)

* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

**Директор Департаменту
соціального захисту інвалідів**

О. Полякова

{Форма в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 765 від 14.10.2014}