

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
соціальної політики України
28 травня 2021 року N 278

(повне найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту осіб з
інвалідністю)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (fактичне): _____

ЗАЯВА*
про дозвіл на отримання технічного засобу реабілітації уповноваженою
особою

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) _____ № _____,
виданий _____,

(ким, дата)

прошу видати виготовлений для мене технічний засіб реабілітації _____
(найменування виробу)

уповноваженій мною особі _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи)

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) _____ № _____,
виданий _____,

(ким, дата)

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (fактичне): _____

(дата)

(підпис)

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи)

згоден(на) отримати технічний засіб реабілітації _____

(найменування виробу)

для передання його _____

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

(дата)

(підпис)

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Технічний засіб реабілітації видано _____ 20__ р. на підставі акта № _____.	
_____/_____ Отримав(ла) _____	
(підпис, Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)
 -----(лінія відрізу)-----	
Технічний засіб реабілітації видано _____ 20__ р. на підставі акта № _____.	
_____/_____ Отримав(ла) _____	
(підпис, Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

**Генеральний директор
Директорату соціального
захисту прав осіб з інвалідності**

О. Полякова

(Форма заяви із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики України № 551 від 29.09.2021)