наименование территориального органа Пенсионного фонда  
Российской Федерации)

код региона

код категории

СНИЛС

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
об отказе от получения набора социальных услуг  
(социальной услуги)**

Фамилия, имя, отчество

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

Представитель гражданина или законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица (нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина или законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного лица |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина или законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного лица |  | | |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

Прошу учесть мой отказ от получения:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **набора социальных услуг, предусмотренного частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ** |

**“О государственной социальной помощи**” *(полностью)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ** |

**“О государственной социальной помощи”** *(обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **социальной услуги, предусмотренной пунктом 1.1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ** |

**“О государственной социальной помощи**” *(предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **социальной услуги, предусмотренной пунктом 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ** |

**“О государственной социальной помощи**” *(бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно)*

(нужное отметить)

и прекратить его (ее, их) оплату за счет части суммы (суммы) ежемесячной

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| денежной выплаты с 1 января | 20 |  | года. |

(нужное подчеркнуть)

Мною получены разъяснения о праве на возобновление получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, установленных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ “О государственной социальной помощи”.

Согласен (не согласен) (нужное подчеркнуть) на обработку и передачу мне информации, в том числе с использованием моих персональных данных посредством телефонной связи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись заявителя) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Дата | | | Подпись заявителя |

Отметка о регистрации заявления

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленному документу, удостоверяющему личность.

Гражданину разъяснены его права на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, установленные частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ “О государственной социальной помощи”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |

Уведомление

Заявление гр.

принято

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |