|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложениек Административному регламенту Фонда социального страхования Российской Федерации по предоставлению гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, государственной услуги по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики и бесплатного проездана междугородном транспорте к месту лечения и обратно, утвержденному приказом Фонда социального страхования Российской ФедерацииФорма |

\_\_\_\_\_***1 января 2020*\_\_\_\_\_\_**

(дата)

***В \_\_***Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Республике Татарстан

 ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги

Сведения о заявителе

 ***Петров Петр Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

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

Адрес: ***420140, г. Казань, ул. Проспект Победы, д.88 кв. 145*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа \_\_***свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

серия \_***II-ТГ № 000000*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем и когда выдан ***\_\_УФМС России по г. Казани, \_\_01.01.2001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Дата и место рождения \_\_***01.01.2012, г. Казань\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

СНИЛС ***\_\_\_\_\_\_\_000-000-000 00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Телефон***\_\_\_8(843)-00-00-00*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель заявителя

***Петров Иван Иванович\_(отец)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя)

Адрес: ***420140, г. Казань, ул. Проспект Победы, д.88 кв. 145***

Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***паспорт*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия ***00 00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ 000000*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_***\_\_УФМС России по г. Казани, \_\_01.01.2001 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя: \_\_\_\_\_\_\_***доверенность***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***не заполняется родителями детей***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон***\_\_\_8(843)-00-00-00*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу: (нужное отметить)

|  |
| --- |
| V |

 предоставить путевку на санаторно-курортное лечение;

|  |
| --- |
| V |

 предоставить бесплатный проезд к месту лечения и обратно.

Прошу принятое территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации решение о предоставлении государственной услуги:

|  |
| --- |
|  |

 вручить в территориальном органе Фонда

|  |
| --- |
|  |

направить по почте

|  |
| --- |
| V |

вручить в МФЦ

|  |
| --- |
|  |

направить в форме электронного документа (при направлении заявления через Единый портал)

Приложение*:* (нужное отметить)

|  |
| --- |
| V |

Справка для получения путевки по форме № 070/уот\_\_***01.01.2020***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_***000\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

Направление к месту лечения (копия) от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование учреждения, в которое направляется на лечение)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата госпитализации)

|  |
| --- |
|  |

Талон № 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(маршрут следования)

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_***подпись\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения по документу, удостоверяющему личность заявителя/представителя заявителя (нужное подчеркнуть), проверены, заявление с приложенными к нему документами принято.

Заявление принято \_\_\_\_\_\_\_***заполняется должностным лицом, принявшим документы*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, время)

Ф.И.О., подпись должностного лица, принявшего документы***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***