

Государственное бюджетное учреждение  
«Комплексный центр социального обслуживания  
населения Шатковского района»

(наименование органа (поставщика социальных услуг),  
в который предоставляется заявление)

ОТ \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ,  
(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

\_\_\_\_\_  
на территории Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, e-mail (при наличии))

**Заявление  
о предоставлении социального сопровождения**

Прошу осуществить социальное сопровождение по следующим  
обстоятельствам:

\_\_\_\_\_  
(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

\_\_\_\_\_  
Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального  
закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в реестр  
получателей социальных услуг при условии соблюдения конфиденциальности информации.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Заявление принято: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. должность уполномоченного лица)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)