|  |  |
| --- | --- |
|  | В комиссию по назначению и оказанию государственной социальной помощи при ГКУ ТО «ЦСПН» города Кимры и Кимрского района Тверской области от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон для связи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**

 Прошу возместить мои фактические затраты на проезд от дома к месту лечения гемодиализом в АНО Медицинский центр «Нефролайн - Тверь» и обратно за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, из расчета

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество проведенных процедур | Стоимость проезда, (маршрутное такси, такси, самостоятельно) |  |  |
|  | Стоимость поездки на 1 процедуру, руб. | Итого затраты, руб. | Стоимость поездки обратно, руб. | Итого затраты, руб. | Общая сумма затрат, руб. |
|  |  |  |  |  |  |

Акт из транспортной компании, выписку из медицинской карты прилагаю

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(фамилия, имя, отчество)**

**предоставляю в ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» города Кимры и Кимрского района, в ГКУ ТО «Центр социальной поддержки населения» города Кимры и Кимрского района Тверской области бессрочное согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».**

**Достоверность представленных в заявлении сведений подтверждаю, информирован об ответственности за достоверность предоставленных сведений. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)**

Дата подачи заявления « \_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы принял специалист

должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.