

ГКУ НО УСЗН г. Арзамаса
(наименование уполномоченного органа
субъекта Российской Федерации)
адрес: г. Арзамас, ул. 3-я Вокзальная, д 1А

ГБУ "Реабилитационный центр для детей
и подростков с ограниченными
возможностями города Арзамаса"
(наименование поставщика социальных услуг)
адрес: г. Арзамас, ул. Ступина, 51А

от _____
(Ф.И.О. гражданина (или: законного
представителя гражданина))
адрес: _____,
телефон: _____, факс: _____,
адрес электронной почты: _____

**Заявление
об отказе от социальных услуг
(социального обслуживания)
в полустационарной форме**

"__" ____ г. на основании индивидуальной программы
N _____ от _____, утвержденной
_____, между
(наименование уполномоченного органа субъекта Российской Федерации)
_____, в лице
_____ и _____
(Ф.И.О. (законного представителя) получателя социальных услуг) (наименование
поставщика социальных услуг)
_____ был заключен Договор о предоставлении
социальных услуг в полустационарной форме от _____ N
_____.

В связи с _____,
руководствуясь ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 28.12.2013 N 442-ФЗ
"Об основах социального обслуживания граждан в Российской
Федерации",

(Ф.И.О. гражданина (или: законного представителя гражданина))
заявляет об отказе от следующих социальных услуг (социального
обслуживания):

(указать форму социального обслуживания/виды социальных услуг)

в полустационарной форме в _____.
(наименование учреждения)

Приложения:

1. Копия Индивидуальной программы N _____ от
" _____ " _____ г.

2. Копия Договора о предоставлении социальных услуг от " _____ " _____ г.
N _____.

3. Документы, подтверждающие законное представительство (если
заявление подписывается представителем получателя социальных услуг).

" _____ " _____ г.

Получатель социальных услуг (представитель):

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)