

Директору ОБУ «ЦСЗН по городу Ельцу»
Лыковой И.В.

от _____
(Фамилия,
Имя, Отчество)

(дата рождения)

(СНИЛС гражданина)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(гражданство,
сведения о месте проживания (пребывания)

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

от _____
(фамилия, имя, отчество представителя,
реквизиты документа подтверждающего полномочия представителя
Реквизиты документа, подтверждающего личность представителя

адрес места жительства,

Заявление об отказе от предоставления социальных услуг (социального сопровождения)

От предоставления _____
(указываются вид и наименование социальных услуг / вид помощи,
в предоставлении которой оказывается содействие в рамках социального сопровождения)

Отказываюсь по следующим обстоятельствам _____
(указывается причина отказа)

Дата отказа от предоставления социальных услуг / социального сопровождения (дата, с которой прекращается предоставление социальных услуг / социального сопровождения) – _____ года.

_____ « _____ » _____ 20 _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

Заявление принято:

_____ (должность) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

