

ГБУ РЦСПСД

(наименование органа (поставщика социальных услуг),

в который предоставляется заявление)

ОТ \_\_\_\_\_,

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

(дата рождения гражданина)

ОТ<sup>1</sup> \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество представителя)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия

представителя, реквизиты документа, подтверждающего

личность представителя, адрес места жительства)

## ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от предоставления социальных услуг

Отказываюсь от предоставления мне социальных услуг в форме социального обслуживания

Стационарного социального обслуживания \_\_\_\_\_,

(указывается форма социального обслуживания)

оказываемые \_\_\_\_\_,

ГБУ РЦСПСД \_\_\_\_\_.

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

\_\_\_\_\_  
(подпись) ( \_\_\_\_\_ )  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата заполнения заявления)

<sup>1</sup> Заполняется в случае, если заявление подается лицом, представляющим интересы гражданина.