ФОРМА №1

к Приложению к приказу Депздрава Югры

 от 13.03.2019 г. №265

Главному врачу

АУ «Пыть-Яхская городская

стоматологическая поликлиника»

С.Б.Якушевой

ОТ \_\_

(ф.и.о. полностью)

Дата рождения г.,

зарегистрированного (ой) по адресу:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный тел. СНИЛС

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа Югры (далее — бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты- Мансийского автономного округа — Югры от 07.11.2006 № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре» категории - **неработающие одинокие граждане (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), не относящиеся к льготным категориям.** В жилом помещении по адресу государственной регистрации проживаю один (одна).

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений.

Настоящим даю согласие на проведение в отношении меня проверки с целью установления достоверности заявленных мной сведений о принадлежности к указанной выше категории получателей бесплатного зубопротезирования.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на листах.

« » 20 год

ФОРМА №2

к Приложению к приказу Депздрава Югры

 от 13.03.2019 г. №265

Главному врачу

АУ «Пыть-Яхская городская

стоматологическая поликлиника»

С.Б.Якушевой

ОТ \_\_

(ф.и.о. полностью)

Дата рождения г.,

зарегистрированного (ой) по адресу:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный тел. СНИЛС

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты—Мансийского автономного округа — Югры (далее — бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты- Мансийского автономного округа — Югры от 07.11.2006 № 115—оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре» категории - **граждане, проживающие в семьях, состоящих из неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), один из которых либо оба не относятся к льготным категориям.**

В жилом помещении по адресу государственной регистрации проживают следующие лица:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО дата/месяц/год рождения** | **Является /не является****родственником** **(степень родства)** | **Информация****o трудовом статусе** **(работает/ не работает)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений.

Настоящим даю согласие на проведение в отношении меня проверки с целью установления достоверности заявленных мной сведений о принадлежности к указанной выше категории получателей бесплатного зубопротезирования.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на листах.

« » 20 год