Председателю комиссии по обследованию жилых помещений инвалидов и общего имущества в многоквартирных домах, в которых проживают инвалиды

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается полный адрес)

**Заявление**

Прошу провести обследование жилого помещенияна предмет доступности для инвалидов, находящегося по адресу:

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

данные паспорта:серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда)

(Ф.И.О. проживающих в жилом помещении членов семьи инвалида с указанием степени родства)

.

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

(Ф.И.О. представителей организаций, осуществляющих деятельность по управлению многоквартирным домом, в котором располагается жилое помещение инвалида и общее имущество, в отношении которого проводится обследование

|  |  |
| --- | --- |
| Основные виды стойких нарушений функций организма человека | Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека (умеренные/ выраженные/значительно выраженные)\*\*\* |
| стойкие расстройства двигательной функции, сопряженными с необходимостью использования кресла-коляски, иных вспомогательных средств передвижения |  |
| стойкие расстройства функции слуха, сопряженными с необходимостью использования вспомогательных средств |  |
| стойкие расстройства функции зрения, сопряженными с необходимостью использования собаки-проводника, иных вспомогательных средств |  |
| задержками в развитии и другими нарушениями функций организма человека |  |

\*\*\* для заполнения указанной графы необходимо прописать степень выраженности стойких нарушений функций организма человека – умеренные/выраженные/значительно выраженные.

К заявлению прилагаю:\*

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\*копия справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности, копия индивидуальной программы реабилитации инвалида, выданной федеральным казенным учреждением медико-социальной экспертизы и иные документы

Предлагаемая дата проведения обследования\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать число, месяц, год)

\* точная дата проведения обследования жилого помещения согласовывается по средствам телефонной связи

Предупрежден(а) об ответственности за недостоверность сведений, содержащихся в представленных документах, даю свое согласие на обработку персональных данных, то есть их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись и расшифровка подписи гражданина)