

Директору МУ «Служба социальной помощи  
Рыбницкого района и г. Рыбница»

Гражданина (ки) \_\_\_\_\_  
( фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
проживающего ( ей )  
\_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас, зачислить меня на обслуживание  
службой социальной помощи

\_\_\_\_\_  
( район, город)

С условиями и видами обслуживания ознакомлен (а) и согласен(а)

Дополнительно сообщаю:

\_\_\_\_\_  
(указать наличие родственников и место их проживания)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Я согласен (а) с тем, что обслуживание на дому будет осуществляться за  
плату ежемесячно согласно тарифам, установленным действующим  
законодательством ПМР

\_\_\_\_\_  
( дата )

\_\_\_\_\_  
( подпись )