

**Опросный лист лица (лица с установленной инвалидностью в государстве Украина),
нуждающегося в мерах социальной защиты № _____**

1. Дата заполнения: _____
2. Адрес места заполнения _____
2.1 Субъект Российской Федерации: _____
2.2 район: _____
2.3 населенный пункт: _____
2.4 улица: _____
2.5 дом/корпус/строение _____ / _____ / _____ 12.6 квартира _____
2.6 ПВР _____
3. Фамилия, имя, отчество лица, нуждающегося в мерах социальной защиты: _____

4. Дата рождения: день ____ месяц ____ год ____
5. Возраст (число полных лет (для ребенка в возрасте до 1 года число полных месяцев): _____
6. Пол: 9.1. мужской 9.2. женский
7. Гражданство:
7.1 гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации
7.2. лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
8. Статус (нужное подчеркнуть): законно находящийся; временно проживающий; постоянно проживающий; беженец; лицо, ходатайствующее о признании беженцем; лицо, которому предоставлено временное убежище; лицо, ходатайствующее о предоставлении временного убежища
9. Адрес места временного размещения (пребывания (при совпадении реквизитов с местом заполнения данный пункт не заполняется)) (указываемое подчеркнуть):
10.1. государство _____
10.2 индекс: _____ 10.3. субъект Российской Федерации: _____
10.4 район: _____
10.5 населенный пункт (10.5.1. городское поселение 10.5.2. сельское поселение):
10.6 улица: _____
10.7 дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____ 10.8 квартира _____
11. Место постоянной регистрации (постоянного места жительства)
11.1 государство _____
11.2 индекс: _____ 11.3. субъект (область) _____
11.4 район: _____ 11.5. населенный пункт (11.5.1 городское поселение 11.5.2. сельское поселение)
11.6 улица: _____
11.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____ 11.8. квартира _____
12. Лицо без постоянной регистрации (места жительства)
13. Контактная информация:
13.1. контактные телефоны: _____
13.2. адрес электронной почты: _____
14. Документ, удостоверяющий личность гражданина (указать наименование документа):
_____ серия _____ № _____
кем выдан _____ когда выдан _____

15. Сведения об имеющейся инвалидности:

- 15.1. наличие инвалидности на момент заполнения:

15.1.1. <input type="checkbox"/> первая группа	15.1.2. <input type="checkbox"/> вторая группа	15.1.3. <input type="checkbox"/> третья группа	15.1.4. <input type="checkbox"/> категория «ребенок-инвалид»	15.1.5. <input type="checkbox"/> инвалидность не установлена
---	---	---	---	---

- 15.2. дата, до которой установлена инвалидность (бессрочно): _____

16. Используемые технические средства реабилитации и иные средства медицинского назначения используемые (или в которых лицо испытывает потребность)

- 16.1. технические средства реабилитации: _____
16.2. средства медицинского назначения: _____