**Социальные услуги, оказываемые государством**

ФИО клиента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер анкеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер Клеймс (CCID): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация: МОО БЦ «Хэсэд Авраам»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| УСЛУГА | Есть ли у Вас право на получение этой услуги? (от государства) | Получаете ли Вы эту услугу от государства? | Удовлетворяет ли эта услуга Ваши потребности? | Если Вы получаете эту услугу, уточните, что именно Вы получаете; если Вы имеете право на получение этой услуги, но не получаете ее, укажите, по какой причине; или внесите другие комментарии |
| Уход на дому | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Продовольственная помощь | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Лекарства | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Зимняя помощь | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Медицинские услуги | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Мелкий ремонт дома | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Мелкий бытовой ремонт | да\нет | да\нет | да\нет |  |
| Другое, укажите | да\нет | да\нет | да\нет |  |

**Заявление клиента:**

Я подтверждаю, что сведения, которые я представил/а в этой форме являются правильными и достоверными. В случае любых изменений

я обязуюсь уведомить Хесед и заполнить новую форму.

ФИО клиента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО сотрудника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_