

Директору ГБУ Социальный дом  
«Луговой» \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

От \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(индекс, город, район, № дома, корпуса, квартиры.)

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Код подразделения \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении совершеннолетнему недееспособному лицу «домашнего отпуска»**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО принимающей стороны)

\_\_\_\_\_ прошу Вас отпустить получателя социальных услуг, проживающего в  
(степень родства)

ГБУ \_\_\_\_\_  
(ФИО, совершеннолетнего недееспособного гражданина)

в отпуск на \_\_\_\_\_ дней с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. с временным выбытием  
из соц. дома по адресу \_\_\_\_\_

(индекс, город, район, № дома, корпуса, квартиры)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, совершеннолетнего недееспособного гражданина)

согласен на временное выбытие из соц. дома с \_\_\_\_\_  
(ФИО принимающей стороны)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)