_____
(vardas ir pavardė (rašyti dižiosiomis spausdintinėmis raidėmis))

_____

_____
(adresas, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą, telefonas)

Šiaulių miesto savivaldybės administracijos
Sveikatos skyriui

PRAŠYMAS
DĖL DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ SAVIVALDYBĖS BIUDŽETO

20_____-____-____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

□ Sutinku, jog man priklausančią kompensaciją Savivaldybės administracija pervestų į sveikatos priežiūros įstaigos, kuri suteikė dantų protezavimo paslaugas, sąskaitą.

□ Sutinku, jog Savivaldybės administracijos Sveikatos skyrius kreiptųsi į Socialinių išmokų ir kompensacijų skyrių dėl informacijos pateikimo apie asmens socialinės pašalpos gavimą.

PRIDEDAMA (pažymėti):
1. asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas;
2. pažyma apie asmens deklaruotą gyvenamąją vietą;
3. pensijos gavėjo pažymėjimas;
4. neįgaliojo pažymėjimas;
5. gydytojo odontologo arba gydytojų odontologų konsiliumo išvada dėl dantų protezavimo poreikio;
6. dokumentai, įrodantys gaunamas pajamas per paskutinius 12 mėnesių;
7. dokumentai, įrodantys dantų protezavimo būtinumą, esant išskirtiniams atvejams;
8. jei prašymą pateikia asmens atstovas – asmens atstovavimą patvirtinantis dokumentas.

_____ _____
(V. Pavardė) (parašas)