ს.ს.ი.პ. სოციალური მომსახურების სააგენტო *ფორმა №1*

მოქალაქე | *სახელი* | *გვარი*

# ბ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

გთხოვთ, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, დაუნიშნოთ სოციალური დახმარება ჩვენს ოჯახს, რომელიც რეგისტრირებულია სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში.

ოჯახის საიდენტიფიკაციო № □□□□□□□□□□□□

ოჯახის მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის მისამართი

---

---

ოჯახის წვრთა რაოდენობა □□

სოციალური დახმარების მიმღები ოჯახის წევრი

*სახელი* | *გვარი*

პირადი № □□□□□□□□□□□

ოჯახი იღებს ვალდებულებას:

- დაუყოვნებლივ აცნობოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს ოჯახის წევრთა შემადგენლობაში მომხდარი ცვლილებების შესახებ;
- აცნობოს სააგენტოს იმ გარემოების დადგომის შესახებ, რომელსაც თან სდევს ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება, ამ გარემოების წარმოშობიდან არაუგვიანეს ერთი თვისა;

განმცხადებელი

_____

*ხელმოწერა*

---

განცხადება და წარმოდგენილი დოკუმენტები
შეესაბამება სოციალური დახმარების დანიშვნის რეესტრს *(ფორმა №2).*

განცხადება რეგისტრირებულია № ----------

„--------“ „----------“ 200 --- წ.

ოჯახის განცხადების მიმღები სააგენტოს პასუხისმგებელი პირი

*სახელი* | *გვარი* | *ხელმოწერა*