Заявка

на предоставление услуги по выездному обслуживанию заявителей на платной (бесплатной) основе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения о заказчике услуги | | |
| ФИО лица, направившего  заявку |  | |
| адрес регистрации заявителя |  | |
| контактный телефон |  | |
| Сведения о предоставлении услуги | | |
| дата и время предоставления услуги по выезду работника | |  |
| адрес места предоставления услуги по выезду работника | |  |
| наименование государственной и (или) муниципальной услуги, для предоставления которой осуществляется прием документов или доставка результата; | |  |
| цель предоставления услуги по выезду работника (прием документов или доставка  результата) | |  |
| документ, подтверждающий право заявителя на бесплатный выезд работника в соответствии с п. 4 Порядка предоставления ГУ ЯНАО «МФЦ» услуги по выездному обслуживанию заявителей | |  |
| Сведения об оплате за предоставление услуги | | |
| Вид платежного документа, номер, дата составления, сумма | |  |

Анкета

опроса заявителей об отсутствии контактов с инфекционными больными

Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 утвержден перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих». Для минимизации распространения опасных инфекций с целью сохранения вашего здоровья просим вас ответить на несколько вопросов.

1. Ф.И.О.:
2. Дата рождения:
3. Адрес проживания (фактический):
4. Контактный номер телефона:
5. Место работы, учебы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Вопросы | Да/Нет |
| 1 | Находились ли вы за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа в течение последнего месяца? |  |
| 2 | Контактировали ли вы или совместно проживающие с вами члены семьи с больными с признаками ОРВИ в течение последнего месяца? |  |
| 3 | Имеются ли на момент заполнения анкеты у вас или у совместно проживающих с вами членов семьи признаки ОРВИ (температура, кашель, боль в горле и т.д.) или подтвержденное заболевание? |  |
| 4 | Не вынесено ли в отношении вас или совместно проживающих с вами членов семьи требование Федеральной службы по надзору в сфере защиты потребителей и благополучия человека Управления Роспотребнадзора по Ямало-Ненецкому АО о соблюдении режима изоляции? |  |
| 5 | Направлялась ли вам или совместно проживающим с вами членам семьи (в т.ч. в устной форме работниками медицинских учреждений) требование о соблюдении режима изоляции в связи с регистрацией положительного результата обследования лиц, контакты с которыми имелись у вас или проживающих с вами членов семьи? |  |

Я согласен на обработку моих (субъекта, законным представителем которого являюсь) персональных данных в рамках предоставления государственных и муниципальных услуг, а также подтверждаю достоверность представленной мной информации.

« » 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ф.И.О.

По результатам рассмотрения заявки и анкеты, которая является неотъемлемой частью заявки, ГУ ЯНАО «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» оставляет за собой право отказать заявителю в выездном обслуживании, в случае если это может повлечь за собой опасность распространения инфекций.