Директору

БУ ХМАО-Югры

«Октябрьский районный комплексный центр

социального обслуживания населения»

Ю.Н. Батухтиной

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер контактного телефона)

Заявление

об оказании услуг ранней помощи

Прошу оказать мне услуги ранней помощи включающее психолого-педагогическое сопровождение моей семьи и разработать индивидуальную программой ранней помощи.

Для разработки индивидуальной программы ранней помощи, я даю свое согласие на:

-проведение психолого-педагогической диагностики членов семьи;

-оценку функционирования моих детей в возрасте до 3-х лет в контексте факторов окружающей социальной среды;

-оценку развития ребенка раннего возраста;

-диагностику внутрисемейных отношений;

-социальное обследование моего семьи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)