

Приложение № 1  
к Порядку определения объема и предоставления субсидий некоммерческим организациям,  
не являющимся государственными (муниципальными) учреждениями,  
осуществляющим деятельность в сфере социальной реабилитации и ресоциализации граждан,  
прошедших лечение от наркомании, услуг по социальной реабилитации  
и ресоциализации с использованием сертификата

\_\_\_\_\_ (наименование уполномоченного органа РС(Я))  
от \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (наименование некоммерческой организации)  
\_\_\_\_\_ (контактный телефон, e-mail (при наличии))

### Заявление о выплате субсидии за предоставление услуг по социальной реабилитации и ресоциализации

Просим предоставить субсидию за предоставление гражданам, получившим сертификат, услуг по социальной реабилитации и ресоциализации в сумме: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

Сообщаем следующие сведения:

1. Полное наименование \_\_\_\_\_
2. Местонахождение \_\_\_\_\_
3. Почтовый адрес \_\_\_\_\_
4. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_
5. Телефон, факс \_\_\_\_\_
6. ОГРН (ОГРНИП) \_\_\_\_\_
7. ИНН \_\_\_\_\_
8. КПП \_\_\_\_\_
9. ОКТМО \_\_\_\_\_
10. Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_  
наименование банка \_\_\_\_\_  
расчетный счет \_\_\_\_\_  
корреспондирующий счет банка \_\_\_\_\_  
ИНН/КПП банка \_\_\_\_\_

Достоверность и полноту сведений, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаем.  
Об ответственности за предоставление неполных или заведомо недостоверных сведений и документов предупреждены.

Информацию о результатах рассмотрения настоящего заявления и прилагаемых к нему документов просим направлять по следующему адресу (нужное отметить знаком - V):

почтовому  
электронной почты  
К заявлению прилагаются:

№ п/п	Наименование документов	Количество	
		экземпляров	страниц
1.			
2.			

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись заявителя) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

Расписка-уведомление  
Приняты заявление и документы от: \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ Дата приема заявления и документов заявления \_\_\_\_\_ Подпись специалиста \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (расшифровка подписи)

Приложение № 1  
к Порядку определения объема и предоставления субсидий некоммерческим организациям,  
не являющимся государственными (муниципальными) учреждениями,  
осуществляющим деятельность в сфере социальной реабилитации и ресоциализации граждан,  
прошедших лечение от наркомании, услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата

### Отчет

на \_\_\_\_\_ ФИО, адрес получателя услуг

об оказании услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификатов  
за \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Наименование услуг	№ и дата выдачи сертификата, Дата окончания срока действия сертификата	Дата заключения и номер договора о предоставлении услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата	Фактическое количество дней предоставления услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата	Размер субсидии в сутки (руб.)			Потребность в субсидии поставщика услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата (гр. 5 * гр. 8)
					Количество оказанных услуг	Стоимость оказанных услуг	Сумма оказанных услуг (гр. 6 * гр. 7)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого								

Руководитель \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Исполнитель \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Отметка уполномоченного органа о приеме отчета к рассмотрению

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Отчет проверен, замечаний нет  
Отчет возвращен на доработку и устранение ошибок  
(не нужно зачеркивать)

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года