

Asmens (šėimos) socialinių paslaugų poreikio  
nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo  
5 priedas

**(Prašymo gauti socialinę reabilitaciją neįgaliesiems bendruomenėje forma)**

**Asmuo, kuriam reikia socialinės reabilitacijos neįgaliesiems bendruomenėje**

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vardas      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pavardė     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gimimo data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nuolatinės gyvenamosios vietos adresas                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |
| Telefono ryšio nr., el. pašto adresas                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |
| Pagal negalios pobūdį asmuo turi sutrikimų <i>(pažymėti X)</i> :                                                             | <input type="checkbox"/> judėjimo;<br><input type="checkbox"/> regos;<br><input type="checkbox"/> intelekto;<br><input type="checkbox"/> psichikos;<br><input type="checkbox"/> klausos;<br><input type="checkbox"/> kt. |
| Vaikui nustatytas neįgalumo lygis<br><i>(pažymėti X)</i> :                                                                   | <input type="checkbox"/> lengvas;<br><input type="checkbox"/> vidutinis;<br><input type="checkbox"/> sunkus                                                                                                              |
| Asmeniui nustatytas dalyvumo lygis (iki 2023 m. gruodžio 31 d. –<br>darbingumo lygis) <i>(pažymėti X)</i> :                  | <input type="checkbox"/> 0–25 proc.;<br><input type="checkbox"/> 30–40 proc.;<br><input type="checkbox"/> 45–55 proc.                                                                                                    |
| Senatvės pensijos amžiaus asmeniui iki 2023 m. gruodžio 31 d.<br>nustatytas specialiųjų poreikių lygis <i>(pažymėti X)</i> : | <input type="checkbox"/> vidutinių;<br><input type="checkbox"/> didelių                                                                                                                                                  |

**Prašymą teikiantis asmuo**

\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, gyvenamosios vietos adresas, telefono ryšio nr., el. pašto adresas)

\_\_\_\_\_  
(savivaldybės administracijos (seniūnijos), į kurią kreipiamasi, pavadinimas)

**PRAŠYMAS GAUTI SOCIALINĘ REABILITACIJĄ NEĮGALIESIEMS BENDRUOMENĖJE**

20\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ d.

Prašau \_\_\_\_\_ skirti socialinę reabilitaciją neįgaliesiems  
(suaugusio ar vaiko su negalia vardas ir pavardė)

bendruomenėje \_\_\_\_\_  
(nurodyti pageidaujamos akredituotą socialinę reabilitaciją neįgaliesiems bendruomenėje teikiančios įstaigos pavadinimą, veiklos adresą, jei žinomas)

**Prašymą pateikė**

\_\_\_\_\_  
(parašas)

\_\_\_\_\_  
(vardas ir pavardė)

\_\_\_\_\_  
(nurodyti priežastį, dėl kurios asmuo (jo globėjas, rūpintojas) (vardas, pavardė) nesikreipė pats)