(наименование органа опеки и попечительства)

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места фактического проживания гражданина, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина)

№ СНИЛС (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление
гражданина, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина

Я, ,

(фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | прошу передать мне под опеку (попечительство) [[1]](#footnote-1)\* |  |

(фамилия, имя, отчество совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина,
число, месяц, год его рождения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | прошу передать мне под опеку (попечительство) \* на безвозмездной основе |  |

(фамилия, имя, отчество совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина,
число, месяц, год его рождения)

Материальные возможности, жилищные условия, состояние здоровья и характер работы позволяют мне взять совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина под опеку (попечительство) \*.

Дополнительно могу сообщить о себе следующее:

(указывается наличие у гражданина необходимых знаний и навыков в осуществлении опеки (попечительства) над совершеннолетним недееспособным или не полностью дееспособным гражданином, в том числе информация о наличии документов о профессиональной деятельности, о прохождении программ подготовки кандидатов в опекуны или попечители и т.д.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (дата) |

(наименование органа опеки и попечительства)

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места фактического проживания гражданина, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина)

№ СНИЛС (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

 Прошу назначить меня помощником для осуществления патронажа над\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 фамилия, имя, отчество, степень родства

так как по состоянию здоровья он (она) не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности.

С требованиями к осуществлению патронажа, исполнению обязанностей помощника ознакомлен.

Предполагается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживание с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 совместное (раздельное) Ф.И.О. гражданина, нуждающегося в помощнике

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 указывается полный почтовый адрес (только в случае совместного проживания)

Прилагаю следующие документы:

1. Медицинское заключение о состоянии здоровья.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (дата) |

1. \* Ненужное зачеркнуть. [↑](#footnote-ref-1)