

**Образец заявления об ограничении дееспособности гражданина, о признании
гражданина недееспособным, об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в
возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться
своими доходами**

В _____

(наименование суда)

(почтовый адрес)

ЗАЯВИТЕЛЬ: _____

(Ф.И.О., адрес, телефон)

ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ ЛИЦА: _____

(орган опеки и попечительства, адрес, телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о признании гражданина недееспособным

Проживающий (-ая) вместе со мной _____
*(указать Ф.И.О. лица, в отношении, которого ставится вопрос о признании недееспособным, и родственное
отношение к нему заявителя)*

с “ ___ ” _____ г. является инвалидом _____ группы в связи с _____

(указать заболевание)

Из-за болезни он (она) не может понимать значения своих действий, руководить ими и
нуждается в постоянном постороннем уходе (опеке).

*(изложить обстоятельства, свидетельствующие об умственном расстройстве, вследствие которого лицо не
может понимать значения своих действий и руководить ими)*

На основании изложенного, руководствуясь ст. 29 ГК РФ, ст. 281-285 ГПК РФ

ПРОШУ:

Признать недееспособным _____

(указать Ф.И.О. лица, в отношении которого ставится вопрос о признании недееспособным, место и год его рождения)

Назначить судебно-психиатрическую экспертизу.

Приложение:

1. Копия паспорта гражданина, которого необходимо признать недееспособным.
2. Справка об инвалидности (копия).
3. Копии документов, подтверждающих близкое родство с гражданином, которого необходимо признать недееспособным.
4. Квитанция об оплате госпошлины.
5. Копии заявления (по числу заинтересованных лиц).

Подпись

Дата

В _____

(наименование суда)

(почтовый адрес)

ЗАЯВИТЕЛЬ: _____

(Ф.И.О., адрес, телефон)

ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ ЛИЦА: _____

(орган опеки и попечительства, адрес, телефон;
наркологический диспансер, адрес, телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об ограничении дееспособности

_____ (указать Ф.И.О. лица, дату рождения)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (указать адрес)

полный адрес, состоит на учете в Наркологическом диспансере _____ (указать номер) по поводу

_____ (указать диагноз)

с “ ___ ” _____ г.

_____ (указать Ф.И.О. лица)

состоит в браке с _____

_____ (указать Ф.И.О. лица)

с “ ___ ” _____ г.

(либо указать, что лицо в браке не состоит, проживает с нетрудоспособными родителями или др.).

имеет следующие источники дохода: _____

_____ (указать заработную плату, наименование и адрес работодателя либо указать, что лицо не имеет самостоятельных источников дохода)

В связи с тем, что _____

_____ (указать Ф.И.О. лица)

злоупотребляет алкогольными напитками (наркотическими средствами), он ставит семью в тяжелое материальное положение, что подтверждается следующими обстоятельствами: _____

_____ (изложить обстоятельства дела с указанием конкретных дат)

На основании изложенного, руководствуясь ст. 281—282 ГК РФ

ПРОШУ:

Ограничить дееспособность _____

_____ (указать Ф.И.О. лица, дату рождения)

Приложение:

1. Копия свидетельства о браке, о рождении детей.
2. Жилищные документы лица, в отношении которого решается вопрос о дееспособности.
3. Справка о доходах.

4. Справка из наркологического диспансера.
5. Квитанция об оплате госпошлины.
6. Копии заявления (по числу заинтересованных лиц).

Подпись