|  |
| --- |
| В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование ЦСЗН)  от заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя отчество заполняется заявителем)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от представителя заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество заполняется представителем заявителя от имени заявителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать фамилию, имя, отчество заявителя) |
| Адрес места жительства заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)  Адрес места пребывания заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)  Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (заполняется в случае переезда)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – при наличии  телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении государственных (ой) услуг(и)

Прошу назначить по адресу жилого помещения (жилого дома) (указать адрес):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ социальную выплату (поставить отметку(и) «V», внести сведения):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ветерану труда | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ветерану военной службы | | | | | | | | | | | | | |
|  | | реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий) | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. |  | | в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи (иждивенцев, пенсионеров по старости): | | | | | | | | | | | | | |
| №/п | | | | | Фамилия, имя, отчество | | Степень родства (свойства) | | | | | Дата рождения (число, месяц, год) | |
| 1 | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 2 | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 2. | Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | инвалиду общего заболевания (профессионального заболевания, трудового увечья) | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 |  | | собственником жилого помещения: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | являюсь | | | | | | | | | | | | | |
|  | | не являюсь | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | семье, имеющей ребенка-инвалида | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. |  | в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи (ребенок-инвалид, его родители и несовершеннолетние братья и сестры): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | №/п | | | | | | Фамилия, имя, отчество | | Степень родства (свойства) | | | | | Дата рождения (число, месяц, год) |
| 1 | | | | | |  | | ребенок-инвалид | | | | |  |
| 2 | | | | | |  | |  | | | | |  |
| 3 | | | | | |  | |  | | | | |  |
| 4 | | | | | |  | |  | | | | |  |
| 5 | | | | | |  | |  | | | | |  |
| 3.2. |  | | собственником жилого помещения ребенок-инвалид и (или) указанные совместно проживающие члены семьи: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | являются | | | | | | | | | | | | | |
|  | | не являются | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | инвалиду войны | | | | | | | | | | | | | |
|  | | участнику Великой Отечественной войны | | | | | | | | | | | | | |
|  | | участнику Великой Отечественной войны с инвалидностью | | | | | | | | | | | | | |
|  | | жителю блокадного Ленинграда, имеющему инвалидность | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ветерану боевых действий | | | | | | | | | | | | | |
|  | | члену семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны, ветерана боевых действий | | | | | | | | | | | | | |
|  | | члену семьи военнослужащего, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов безопасности, погибшего при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма | | | | | | | | | | | | | |
|  | | бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма с инвалидностью | | | | | | | | | | | | | |
|  | | гражданину, подвергшемуся воздействию радиации (члену семьи погибшего (умершего) гражданина, подвергшегося воздействию радиации) | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1. |  | | в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи (супруг(а) льготника, дети, родители, иные лица с учетом положений Жилищного кодекса Российской Федерации): | | | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | | | | Фамилия, имя, отчество | | | Степень родства (свойства) | | | | Дата рождения (число, месяц, год) | | |
| 1 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 2 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 3 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 4.2 |  | | собственником жилого помещения я и (или) совместно проживающие члены семьи: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | являюсь (являются) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | не являюсь (не являются) | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | руководителю, заместителю руководителя организации (учреждения) (государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области | | | | | | | | | | | | | | |
|  | специалисту (государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области | | | | | | | | | | | | | | |
|  | пенсионеру либо лицу, достигшему возраста 55 лет (для женщин) и возраста 60 лет (для мужчин), проработавшему не менее 10 лет в сельских населенных пунктах и(или) поселках городского типа Ленинградской области в организациях и учреждениях государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры и проживающему в сельском населенном пункте и(или) поселке городского типа Ленинградской области | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. |  | | в том числе с учетом совместно проживающих нетрудоспособных членов семьи, находящихся на иждивении (супруг(а), дети в возрасте до 18 лет, совершеннолетние дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения, иждивенцы, признанные по решению суда): | | | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | | | | Фамилия, имя, отчество | | | Степень родства (свойства) | | | | Дата рождения (число, месяц, год) | | |
| 1 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 2 | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 6. | Ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения, отопления и освещения как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | руководителю, заместителю руководителя, руководителю структурного подразделения, заместителю руководителя структурного подразделения государственной образовательной организации Ленинградской области (муниципальной образовательной организации в Ленинградской области), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области | | | | | | | | | | | | |
|  | | | педагогическому работнику государственной образовательной организации Ленинградской области (муниципальной образовательной организации в Ленинградской области), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области | | | | | | | | | | | | |
|  | | | пенсионеру либо лицу, достигшему возраста 55 лет (для женщин) и возраста 60 лет (для мужчин) проработавшему не менее 10 лет в сельских населенных пунктах и(или) поселках городского типа Ленинградской области в государственных образовательных организациях Ленинградской области (муниципальных образовательных организациях в Ленинградской области) и проживающему в сельском населенном пункте и(или) поселке городского типа Ленинградской области | | | | | | | | | | | | |
| 6.1 |  | | | | в том числе с учетом совместно проживающих нетрудоспособных членов семьи, находящихся на иждивении (супруг(а), дети в возрасте до 18 лет, совершеннолетние дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения, иждивенцы, признанные по решению суда): | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество | | | | | | Степень родства (свойства) | Дата рождения (число, месяц, год) | | | |
| 1 |  | | | | | |  |  | | | |
| 2 |  | | | | | |  |  | | | |
| 7. | Денежную компенсацию расходов на приобретение и доставку топлива и оплаты баллонного газа как: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | инвалиду войны | | | | | | | | | | | | | |
|  | | участнику Великой Отечественной войны | | | | | | | | | | | | | |
|  | | участнику Великой Отечественной войны с инвалидностью | | | | | | | | | | | | | |
|  | | жителю блокадного Ленинграда, имеющему инвалидность | | | | | | | | | | | | | |
|  | | члену семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны, ветерана боевых действий | | | | | | | | | | | | | |
|  | | члену семьи военнослужащего, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов безопасности, погибшего при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма | | | | | | | | | | | | | |
|  | | бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма с инвалидностью | | | | | | | | | | | | | |
|  | | гражданину, подвергшемуся воздействию радиации | | | | | | | | | | | | | |
|  | | семье, имеющей ребенка-инвалида | | | | | | | | | | | | | |
|  | | инвалиду общего заболевания (профессионального заболевания, трудового увечья) | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1. |  | | в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи (с учетом Жилищного и Семейного кодексов Российской Федерации, Социального кодекса Ленинградской области) (за исключением заявителей - инвалидов общего заболевания (профессионального заболевания, трудового увечья): | | | | | | | | | | | | | |
|  | | №  п/п | | | Фамилия, имя, отчество | | | | Степень родства (свойства) | | | Дата рождения (число, месяц, год) | | | |
| 1 | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 2 | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 3 | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 4 | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 5 | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 7.2 |  | | в занимаемом жилом помещении (доме) отсутствует: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | - центральное отопление; используемый вид топлива на отопление: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | дрова | | | | | | | | | | | | | |
|  | | уголь | | | | | | | | | | | | | |
|  | | емкостной сжиженный газ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | - центральное газоснабжение | | | | | | | | | | | | | |
| 8. |  | | Единовременную социальную выплату на частичное возмещение расходов по газификации жилого помещения | | | | | | | | | | | | | |
| 9. |  | | Ежемесячную денежную компенсацию расходов (и (или) ежемесячную денежную выплату) на уплату взноса на капитальный ремонт | | | | | | | | | | | | | |
| 10. |  | | Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату коммунальной услуги по обращению с твердыми коммунальными отходами: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | являюсь собственником жилого помещения (дома) частного фонда | | | | | | | | | | | | | |
|  | | являюсь нанимателем жилого помещения (дома) государственного/муниципального жилого фонда | | | | | | | | | | | | | |

Инвалидность установлена (заполняется для заявителей, претендующих на получение государственной услуги как лица, имеющие инвалидность) (заполнить сведения):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения в отношении заявителя: | | |
| причина инвалидности |  | |
| группа инвалидности |  | |
| дата установления инвалидности |  | |
| инвалидность установлена на срок до |  | |
| наименование органа, установившего инвалидность |  | |
| Сведения в отношении члена (ов) семьи, учитываемых при предоставлении государственной услуги: | | |
| ФИО члена семьи | |  |
| причина инвалидности | |  |
| группа инвалидности | |  |
| дата установления инвалидности | |  |
| инвалидность установлена на срок до | |  |
| наименование органа, установившего инвалидность | |  |
| ФИО члена семьи | |  |
| причина инвалидности | |  |
| группа инвалидности | |  |
| дата установления инвалидности | |  |
| инвалидность установлена на срок до | |  |
| наименование органа, установившего инвалидность | |  |

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество документов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Просим поставить отметку (и) «V»

|  |  |
| --- | --- |
|  | аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям и (или) иным адресам не получаю |
|  | даю согласие на прекращение предоставления аналогичной меры социальной поддержки по иному  основанию |

Согласен(а) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).

Предупрежден(а) о том, что:

при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации;

при запросе документов (сведений) ЦСЗН, необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений, а также о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе;

при наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращения ее предоставления (например: перемена места жительства; изменение номера банковского счета, персональных данных, состава семьи), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ, не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя (представителя заявителя)

Денежные средства прошу перечислять (выбрать нужное и указать):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| В почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения) | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала, офиса)  номер счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать номер счета, а не карты)   |  |  | | --- | --- | |  | просим поставить отметку «V» если номер счета относится к национальной платежной карте "Мир" |   (клиент кредитной организации представляет справку (распечатку с сайта кредитной организации) о  реквизитах для перечисления средств на банковский счет в рублях Российской Федерации) |

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу [<\*>](../../cad.KSZN/AppData/Local/Microsoft/Windows/АР%20с%2001.02.20/Приказ%205/07_АР_сводный_%20МСП%20по%20ЖКУ_(отказ%20в%20приеме%20в%20МФЦ).doc#P464): Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить по почте, указать адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | направить по электронной почте, указать электронный адрес\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

(подпись) (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) (дата)

<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящегося по другому адресу

Заполняется специалистом:

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении

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

(подпись)  (фамилия, инициалы специалиста) (дата)

Заявление зарегистрировано в ЦСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы специалиста)