|  |
| --- |
| 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 наличиителефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |

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 иномуоснованию |

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/%D0%90%D0%A0%20%D1%81%2001.02.20/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%205/07_%D0%90%D0%A0_%D1%81%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%20%D0%9C%D0%A1%D0%9F%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%96%D0%9A%D0%A3_%28%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%B2%20%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B5%D0%BC%D0%B5%20%D0%B2%20%D0%9C%D0%A4%D0%A6%29.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)