|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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) | | | | | | |
| Адрес фактического проживания 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 | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о предоставлении государственных(ой) услуг(и) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Прошу назначить ежегодную денежную выплату в соответствии с [частью 2 статьи 23](consultantplus://offline/ref=E7625E45D06E1E374E9958DFBD43200E564C98F0DFDEA4F20E0755DA8268F188F8EBE011F03D5D0A698B84222A2361164898D82810BB0BA3X9k3L) Федерального закона "О донорстве крови и ее компонентов" | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сведения об удостоверении о награждении нагрудным знаком "Почетный донор России" или "Почетный донор СССР" утвержденного образца | | | | |
| Вид удостоверения (отметить нужное) | Номер документа | Дата выдачи | Кем выдан | Примечание |
| Почетный донор России |  |  |  |  |
| Почетный донор СССР |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| К заявлению прилагаю: | | |
| N п/п | Наименование документа | Количество документов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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](consultantplus://offline/ref=E7625E45D06E1E374E9958DFBD43200E564D9EF7DEDCA4F20E0755DA8268F188F8EBE011F23F58093ED194266374680A4C87C62B0EBBX0k8L) 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 и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе;  при наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращение ее предоставления (например: перемена места жительства; изменение номера банковского счета, персональных данных), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.  Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке. | | |
|  | | |
|  |  | (подпись заявителя (представителя заявителя)) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать на текущий счет, привязанный к банковской карте национальной платежной системы "Мир", открытый в кредитной организации |
|  |  |
|  |  | Или: |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение: |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): | |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>: 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, находящийся 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) |