|  |  |
| --- | --- |
|  | ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" |
| от |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)* |
|  |
| *(дата рождения гражданина)* |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность/свидетельства о рождении для граждан РФ в возрасте до 14 лет: |
| серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |
| код подразделения |  |
| гражданство |  |
| Реквизиты документа, подтверждающего сведения о месте регистрации и(или) фактическом проживании заявителя в Ленинградской области: |
|  |
|  |
|  |
| Адрес регистрации (сведения о фактическом проживании) заявителя в Ленинградской области: |
|  |
| От |
|  |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя,* |
|  |  |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,* |
|  |
| *реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя заявителя)* |
|  |
| Заявлениео предоставлении государственной услуги по определению права на дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан |
|  |
| Прошу предоставить мне/несовершеннолетнему гражданину (ребенку)/доверителю |
| *(нужное отметить)* |
| дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан как: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ребенку-инвалиду, имеющему ограничение способности к передвижению и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации, перечень которых предусмотрен пунктами 6 и 7 утвержденной приказом Минтруда России от 13 февраля 2018 года N 86н классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года N 2347-р (далее - классификация) |
|  | ребенку-инвалиду в возрасте до 7 лет |
|  | ребенку-инвалиду по зрению |
|  | ребенку-инвалиду, страдающему злокачественными новообразованиями, в том числе злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей |
|  | ребенку, перенесшему пересадку костного мозга |
|  | ребенку-инвалиду с 3 или 2 степенью ограничения способности контролировать свое поведение |
|  | инвалиду, имеющему I группу инвалидности |
|  | инвалиду Великой Отечественной войны |
|  | участнику Великой Отечественной войны |
|  | ветерану боевых действий, имеющему I или II группу инвалидности и относящемуся к лицам, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 года N 5-ФЗ "О ветеранах", выполнявшие задачи в ходе специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики с 24 февраля 2022 года, на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 года |
|  | ветерану боевых действий, имеющему I или II группу инвалидности и относящемуся к лицам, указанным в подпунктах 1.1, 2.2, 9 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 года N 5-ФЗ "О ветеранах" |
|  | инвалиду/ребенку-инвалиду, страдающему хронической почечной недостаточностью и нуждающемуся по медицинским показаниям в проведении заместительной почечной терапии |
|  | инвалиду, имеющему ограничения способности к передвижению и нуждающиеся в обеспечении техническими средствами реабилитации, перечень которых предусмотрен пунктами 6 и 7 классификации |
|  | инвалиду по зрению |
|  | инвалиду I или II группы, имеющему 3 степень ограничения способности к трудовой деятельности, признанному инвалидом до 1 января 2010 года без указания срока переосвидетельствования |
|  | гражданину, страдающему злокачественными новообразованиями III или IV стадии и нуждающемуся по медицинским показаниям в проведении химиотерапевтических или радиотерапевтических методов лечения или в оперативном вмешательстве |
|  | гражданину старше 80 лет |
|  | бывшему несовершеннолетнему узнику концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в периоды Второй мировой войны, имеющему II группу инвалидности |
|  | гражданину, награжденному знаком "Жителю блокадного Ленинграда" |
|  | ребенку гражданина, погибшего (умершего) вследствие выполнения задач в ходе специальной военной операции |

|  |
| --- |
| Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю. |
|  |
|  | ( |  | ) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О.)* |  | *дата заполнения заявления* |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю: |
| Наименование документа | Количество документов |
| Согласие гражданина на обработку персональных данных |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Обязуюсь в письменной форме уведомить ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства и др.) |
|  | . |
| (подпись) |  |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу: |
|  | выдать на руки в филиале ЦСЗН |
|  | направить на адрес электронной почты (указать адрес):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить по почте (указать адрес):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Сотрудником |  |
|  | *(наименование филиала ЦСЗН)* |
| удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении |
|  |
| *(подпись, расшифровка подписи)* |
|  |
| Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. приняты от:- заявителя (представителя заявителя) *(нужное подчеркнуть)*"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года и зарегистрированы в журнале регистрации под N \_\_\_\_. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Специалист ЦСЗН |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

|  |
| --- |
|  |
| Расписка-уведомление о приеме заявления и документовдля предоставления государственной услуги |
|  |
| Заявление гр. |  |
| и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял и зарегистрировал "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Специалист ЦСЗН |  |  | телефон |
|  | *(подпись)* | *(фамилия, инициалы)* |  |