|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | В | |  |
| (наименование филиала ЛОГКУ "ЦСЗН", в который представляется заявление) | |  |
| от |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) |  |
|  | | , |
| (указать родство (мать, отец) или иной законный представитель) | |  |
|  | | , |
| (реквизиты документа, удостоверяющего личность) | |  |
|  | |  |
| (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего) | |  |
|  | |  |
| (сведения о месте проживания | |  |
|  | |  |
| на территории Ленинградской области) | |  |
|  | |  |
| (контактный телефон, e-mail (при наличии)) | |  |
|  | | | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о предоставлении государственной услуги | | | | | |
|  | | | | | |
| Прошу (поставить отметку "V"): | | | | | |
|  | выдать сертификат | | | | | |
|  | выдать два сертификата | | | | | |
|  | выдать дубликат сертификата: | | | | | |
|  |  | утрата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину утраты) | | | | |
|  | порча \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину порчи) | | | | |

|  |
| --- |
| на бесплатное обеспечение сложной ортопедической обувью с индивидуальными параметрами изготовления (далее - сертификат) несовершеннолетнего(ей) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего |  | | |
| Дата рождения несовершеннолетнего |  | | |
| Место рождения несовершеннолетнего |  | | |
| Гражданство несовершеннолетнего |  | | |
| Место жительства несовершеннолетнего | Адрес постоянной регистрации | |  |
| Дата регистрации | |  |
| Документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего | вид документа |  | |
| серия и номер |  | |
| наименование органа, выдавшего документ |  | |
| дата выдачи |  | |
| код подразделения |  | |
| Кем несовершеннолетний приходится заявителю |  | | |

|  |
| --- |
| Сведения о представителе заявителя (при подаче документов представителем заявителя) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | |
| Документ, удостоверяющий личность | вид документа |  |
| серия и номер |  |
| наименование органа, выдавшего документ |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Документ, подтверждающий право на представление интересов заявителя | вид документа |  |
| серия и номер |  |
| наименование органа, выдавшего документ |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения (при наличии) |  |
| контактный телефон, e-mail |  | |

|  |
| --- |
| 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 предоставлении 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=B7E5A09A41AAB3E50D3EFA1DEA64A54193558E1643DA9FADF3086035ECDC8EE3152F67756FB1C7BACDB9F807C4F8BD6E985573F33C93PB6BG) 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, влияющих на предоставление меры социальной поддержки (например: перемена места жительства, изменение персональных данных), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата заявления |  |  |  |
|  | |  | (подпись заявителя (представителя заявителя) |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): |

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | выдать на руки в ЦСЗН, расположенном по адресу <\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявление зарегистрировано |  |  |
|  |  | (дата, регистрационный номер заявления) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Принял |  |  |  |  |  |
|  | (дата приема) |  | (подпись специалиста) |  | (фамилия, инициалы) |