|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" | | |
|  | | |
|  | | |
| от |  | |
|  |  | |
|  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/представителя заявителя)* | |
|  | | |
|  | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя/представителя заявителя: | | |
| вид документа | |  |
| серия и номер | |  |
| дата выдачи | |  |
| кем выдан | |  |
| код подразделения | |  |
| гражданство | |  |
|  | | |
|  | | |
| *сведения о месте жительства, телефон, e-mail* | | |
|  | | |
| Реквизиты документа, подтверждающего право представителя заявителя представлять интересы\*: | | |
| вид документа | |  |
| серия и номер | |  |
| дата выдачи | |  |
| кем выдан | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление  о предоставлении государственной услуги | | | |
|  | | | |
| Прошу предоставить гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | |  | *(ФИО полностью, дата рождения)* | | проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | компенсацию расходов на самостоятельное приобретение автономного дымового пожарного извещателя и источника автономного питания в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указать цифрой и прописью)* | | | | | |
| Члены семьи, проживающие по указанному адресу:   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *(указываются полные ФИО, дата рождения)*  К заявлению прилагаю: | | |
| № 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=464892&dst=1224) 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.  Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются  в судебном порядке. | | | |
| 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. |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | | |  |  |
| *(подпись)* | |  | *(фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)* | | | |  | *(дата)* |
| |  | | --- | | Заполняется специалистом МФЦ: | | Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении. | | | | | | | | | |
| Принял |  | | |  |  |  |  | |
|  | *(дата приема)* | | |  | *(подпись специалиста)* |  | *(фамилия, инициалы)* | |

*\* В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется и к комплекту документов прилагается копия документа.*