|  |
| --- |
| 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/пребывания заявителя в Ленинградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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) | | | | Адрес проживания | | | | | | | | Реквизиты подтверждающих документов[[1]](#footnote-1) | |
| 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) | | | | Адрес проживания | | | | | | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | |
| 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) | | | | Адрес проживания | | | | | | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | |
| 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 (специалистам в области ветеринарии государственной ветеринарной службы; медицинским и фармацевтическим работникам медицинских и фармацевтических организаций государственной системы здравоохранения Ленинградской области; фармацевтическим работникам фармацевтических организаций муниципальной системы здравоохранения Ленинградской области; социальным работникам государственных организаций социального обслуживания, находящихся в ведении Ленинградской области; специалистам учреждений культуры, подведомственных органу исполнительной власти Ленинградской области в сфере культуры, уполномоченному Правительством Ленинградской области, и муниципальных учреждений культуры 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) | | | | Адрес проживания | | | | | | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | |
| 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) | | | | Адрес проживания | | | | | | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | |
| 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) | | | | | Адрес проживания | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | | | |
| 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 дома (части жилого дома) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. |  | Ежемесячную денежную компенсацию расходов (и (или) ежемесячную денежную выплату) на уплату взноса на капитальный ремонт | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Являюсь собственником жилого помещения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Являюсь неработающим, одиноко проживающим | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Являюсь неработающим, проживающим в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста и(или) неработающих инвалидов I и(или) II группы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Являюсь работающим или проживающим совместно с членами семьи непенсионного возраста или работающими | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.1 |  | в том числе с учетом совместно проживающих проживающих неработающих граждан пенсионного возраста и(или) неработающих инвалидов I и(или) II группы, работающих граждан или проживающих совместно с членами семьи непенсионного возраста: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | | | Фамилия, имя, отчество | | | | | Степень родства (свойства) | | | | | Дата рождения (число, месяц, год) | | | | Адрес проживания | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.1 |  | в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | | | Фамилия, Имя, Отчество | | | | | Степень родства (свойства) | | | | | Дата рождения (число, месяц, год) | | | | | Адрес проживания | | | Реквизиты подтверждающих документов1 | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |

Для детей до 14 лет – реквизиты свидетельства о рождении (номер и дата актовой записи,

наименование органа выдавшего документ)

Для детей после 14 и взрослых – реквизиты паспорта (серия и номер, дата выдачи, код подразделения)

В случае обращения заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения о заявителе | | |
|  | | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | |
| Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения) |  | |
| Дата рождения |  | |
| Место рождения (заполняется на основании данных: паспорта/выписки из акта записи о рождении/свидетельства о рождении) |  | |
| Паспорт гражданина РФ [<1>](consultantplus://offline/ref=E6A969AE9BB234937153869756DCFC033412FEDE26FD41202D5DD45386030A4B9E74504FB240CE11FF45CC9743B5A51B13E81029C22A4296Q1h6G) | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Сведения о перемене имени, заключении и расторжении брака (при наличии) | номер и дата актовой записи |  |
| место выдачи документа (орган ЗАГС) |  |
| Сведения о государственной регистрации смерти заявителя (иждивенца) | номер и дата актовой записи |  |
| место выдачи документа (орган ЗАГС) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения о представителе заявителя при подаче документов представителем заявителя | | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | |
| Паспорт гражданина РФ [<\*>](#Par43) | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя (постановление опеки и попечительства, доверенность) | номер |  |
| дата |  |

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

<1> В случае обращения заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

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 | |
|  | являюсь получателем аналогичную меру социальной поддержки по другому адресу | |
|  | даю согласие на прекращение предоставления аналогичной меры социальной поддержки по иному  основанию | |
|  | аналогичную меру социальной поддержки (ЕДК на оплату жилого помещения и коммунальных услуг) по иным основаниям не получаю | |
|  | являюсь получателем ЕДК на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по иным основаниям, а именно: | |
|  |  | ветерану труда |
|  | ветерану военной службы |
|  | реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий) |
|  | инвалиду общего заболевания (профессионального заболевания, трудового увечья) |
|  | семье, имеющей ребенка-инвалида |
|  | 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) |
|  | 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 |
|  | 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 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес получателя |  |
| Номер почтового отделения |  |

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу [<\*>](file:///C:\Users\cad.KSZN\AppData\Local\Microsoft\Windows\АР%20с%2001.02.20\Приказ%205\07_АР_сводный_%20МСП%20по%20ЖКУ_(отказ%20в%20приеме%20в%20МФЦ).doc#P464): Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 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)

1. Для детей до 14 лет – реквизиты свидетельства о рождении (номер и дата актовой записи,

   наименование органа выдавшего документ)

   Для детей после 14 и взрослых – реквизиты паспорта (серия и номер, дата выдачи, код подразделения) [↑](#footnote-ref-1)