Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | В ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения Ленинградской области" |
|  |
| от заявителя |  |
|  | (фамилия, имя, отчество заполняется заявителем) |
|  |
|  |
| от представителя заявителя |  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество заполняется представителем заявителя) |
|  |
|  |
| (указать фамилию, имя, отчество заявителя) |
| телефон |  |
| электронный адрес |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственной услуги |
|  |
| Прошу назначить ежемесячную денежную выплату в соответствии с областным законом от 19.06.2017 N 34-оз "О дополнительной мере социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты родителю (отчиму, мачехе) погибших при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) ветеранов боевых действий" |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |
| Гражданство |  |
| Место жительства | Адрес регистрации по месту жительства |  |
| Дата регистрации |  |
| Адрес регистрации по месту пребывания в Ленинградской области |  |
| Дата регистрации |  |
| Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область - в случае переезда |  |
| СНИЛС |  |
| Паспорт гражданина РФ | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Сведения об изменении ФИО (указываются ФИО до изменения, дата и номер документа/актовой записи об изменении ФИО, орган, выдавший документ об изменении ФИО) |  |

|  |
| --- |
| Сведения о представителе заявителя при подаче документов представителем заявителя |
|  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Паспорт гражданина РФ <1> | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |

|  |
| --- |
| 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 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, изменение номера банковского счета), 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) |
| Подтверждаю, что сведения, указанные в заявлении, достоверны |
|  |  | (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 <\*>: Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (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) |