|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 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 заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)*  Адрес места пребывания заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(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 государственной услуги

Прошу назначить мне (моей семье) государственную социальную помощь в виде *(поставить отметку «V»):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | единовременной денежной выплаты в случае чрезвычайной жизненной ситуации (пожар, наводнение или иное стихийное бедствие), произошедшей на территории Ленинградской области |
|  | единовременной денежной выплаты в случае заболевания, которое по заключению медицинской организации привело к необходимости использования дорогостоящих видов медицинских услуг по жизненным показаниям, применения дорогостоящих лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине нетрудоспособности в силу возраста (дети, граждане пожилого возраста) или состояния здоровья (инвалиды); |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине отсутствия у гражданина определенного места жительства |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине отсутствия факта работы в связи с осуществлением одним из родителей (единственным родителем) ухода за ребенком (детьми) до семи лет либо осуществлением ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине отсутствия средств к существованию у граждан, признанных органами службы занятости безработными при их обращении за единовременной денежной выплатой до истечения шести месяцев с месяца увольнения |
|  | единовременной денежной выплаты в случае обучения студента в образовательной организации по очной форме обучения до достижения им возраста 23 лет |
|  | компенсации расходов на уплату взносов на капитальный ремонт |
|  | компенсации расходов на оплату коммунальной услуги по обращению с твердыми коммунальными отходами |

Семья состоит из:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Степень родства | Место работы и должность для работающих, место учебы для учащихся | Наличие инвалидности да/нет |
|  |  |  | заявитель |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Сведения о членах семьи заявителя, зарегистрированных по другому адресу  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать адрес) | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Граждане, проживающие совместно со мной (членами моей семьи) и ведущие со мной (членами моей семьи) раздельное хозяйство *(указать ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщаю, что я (члены моей семьи) ИМЕЮ/ НЕ ИМЕЮ (ИМЕЮТ / НЕ ИМЕЮТ) *(подчеркнуть)* иные виды доходов, которые не могу подтвердить документально:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Фамилия, имя, отчество | Вид дохода | Период получения доходов | Сумма дохода, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Иных доходов, кроме указанных в заявлении и прилагаемых документах, не имею(ем).

Прошу исключить из общей суммы дохода выплаченные алименты в сумме\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп., удерживаемые по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, Ф.И.О. лица, в пользу которого производятся удержания)

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество документов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С порядком предоставления государственной социальной помощи ознакомлен(а).

Подтверждаю, что сведения, сообщенные мной в настоящем заявлении точны и исчерпывающи.

Обязуюсь в течение двух недель в письменной форме уведомить ЦСЗН по месту жительства о наступлении указанных ниже обстоятельств, влекущих изменение размера государственной социальной помощи либо прекращения ее предоставления:

1. перемена места жительства*;*
2. изменение номера банковского счета;
3. изменение персональные данные;
4. изменение сведений о составе семьи;
5. изменение сведений о доходах и имуществе, принадлежащем на праве собственности;
6. другие изменения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя (представителя заявителя)

Согласен 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.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя (представителя заявителя)

Денежные средства прошу перечислять *(выбрать нужное и указать)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| В почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения) | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *( название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала, офиса)*  номер счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать номер счета, а не карты)   |  |  | | --- | --- | |  | просим поставить отметку «V» если номер счета относится к национальной платежной карте "Мир" |   (клиент кредитной организации представляет справку (распечатку с сайта кредитной  организации) о реквизитах для перечисления средств на банковский счет в рублях  Российской Федерации) |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу [<\*>](#P464): Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить по почте, указать адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 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)