Приложение 1

к административному регламенту

по принятию решения о предоставлении

(отказе в предоставлении) инвалидам компенсации

части расходов на самостоятельное приобретение

дополнительных технических средств реабилитации,

стоимость которых меньше трехкратной величины

прожиточного минимума в Ленинградской области

на душу населения, установленной

Правительством Ленинградской области

Форма

В Комитет по социальной защите

населения Ленинградской области

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)

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

страховой номер индивидуального

лицевого счета (СНИЛС) - при наличии

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

электронный адрес - при наличии

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

о предоставлении инвалиду компенсации части его расходов

на самостоятельное приобретение дополнительного

технического средства реабилитации

Прошу предоставить гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

ИПРА N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ компенсацию части расходов на

самостоятельное приобретение дополнительного технического средства

реабилитации (далее - ДТСР): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование ДТСР)

в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

(цифрами и прописью)

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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](consultantplus://offline/ref=AF975C71066E769E5373EF0127A65E79CAE04AF81BCCCA9913743DA7FC33C128C97121183F256C30DEFB347355B40C47E4D754B3505DF0d7H) Уголовного кодекса Российской Федерации;

при запросе документов (сведений), 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 перечислить:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В |  | |
|  | (название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала) | |
| 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:

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в КСЗН ЛО; ЦСЗН |
|  | выдать на руки в МФЦ (указать адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ/сайт ОИВ |
|  | направить по почте |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (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, расшифровка подписи, дата) |