|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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) | | | | | | |
|  | сведения о документе, удостоверяющем личность | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи), в соответствии с реквизитами документа, удостоверяющего личность; | | | | | | |
|  | Адрес места жительства заявителя | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | | | | | |
|  | Адрес места пребывания заявителя | | | |  | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | | | | | |
|  | Адрес фактического проживания заявителя | | | | |  | |
|  |  | | | | | | |
|  | (почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | | | | | |
|  | телефон |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о предоставлении государственных(ой) услуг(и) | | |
|  | | |
| Прошу назначить |  | единовременную выплату к |
|  | (Ф.И.О. заявителя) |  |
| юбилейным датам со дня рождения, предоставляемую гражданам Российской Федерации, постоянно проживающим на территории Ленинградской области, отметившим 90-летний, 95-летний, 100-летний и далее ежегодно юбилей со дня рождения. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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](consultantplus://offline/ref=68FDB759BCBA74AFA94F79F859F00D699DFE47387D9D9DE7E382DE6D087719F8610CEEF2285DBBF25ACC3566E2C8E74B2D1D63B372BDZ1M0K) 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, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращения ее предоставления (например: перемена места жительства, изменение номера банковского счета, 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. | | |
|  | | |
|  |  | (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 по почте, указать адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 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) |