|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | |  | | | |
|  | | | | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о предоставлении государственной услуги | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Прошу (поставить отметку "V"): | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1) Определить право на льготный (бесплатный) проезд и выдать единый социальный проездной билет на основе бесконтактной электронной пластиковой карты (далее - БЭПК) | | | |
|  |  | автомобильном транспорте на смежных межрегиональных, межмуниципальных и муниципальных маршрутах регулярных перевозок | | |
|  | железнодорожном транспорте пригородного сообщения *(проезд на железнодорожном транспорте недействителен без активации БЭПК на проезд на автомобильном транспорте)* | | |
|  | Прошу выдать БЭПК | | |
|  |  | С фотографией | |
|  | Без фотографии | |
|  | 2) Определить право на льготный проезд на железнодорожном транспорте пригородного сообщения и выдать карточку транспортного обслуживания на бумажном носителе *(в случае непользования льготным проездом на автомобильном транспорте)* | | | |
|  | 3) Заменить: | | | |
|  |  | БЭПК | | |
|  | Выдать БЭПК | | |
|  | С фотографией | |
|  | Без фотографии | |
|  | карточку транспортного обслуживания на бумажном носителе | | |
|  |  | утрата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину утраты) | |
|  | порча \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину порчи) | |
|  | истек срок действия карточки транспортного обслуживания | |
|  | изменения, содержащиеся в БЭПК и(или) карточки транспортного обслуживания | |
|  |  | фамилия |
|  | имя |
|  | отчество |
|  | социальная категория |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения о заявителе | | |
|  | | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | |
| Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения) |  | |
| Паспорт РФ | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Сведения о перемене имени, заключении и расторжении брака (при наличии) | вид документа (свидетельство, справка, извещение) |  |
| серия и номер |  |
| номер и дата актовой записи |  |
| место выдачи документа (орган ЗАГС) |  |
| выдан повторно |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявляю, что за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается необходимый расчетный период доходов) моя семья (для членов многодетных семей) состоит из: | | |
|  | | |
| заполняется при условии предоставления права на льготный (бесплатный) проезд членов многодетной семьи и несовершеннолетнего студента, при подаче заявления его законным представителем для определения права на проезд студентов (заполняются только сведения, отмеченные "с") | | |
| **Сведения о ребенке, на которого запрашивается право проезда** | "с" | |
| Фамилия, имя, отчество | "с" | |
| Дата рождения | "с" | |
| СНИЛС | "с" | |
| Реквизиты актовой записи о рождении | N и дата актовой записи | "с" |
| наименование органа, составившего запись | "с" |
| Паспорт РФ  (при наличии) | серия и номер | "с" |
| дата выдачи | "с" |
| код подразделения | "с" |
| Гражданство | "с" | |
| Место жительства | Адрес места жительства | "с" |
|  | Дата регистрации | "с" |
|  | Адрес места пребывания | "с" |
|  | Дата регистрации | "с" |
| СНИЛС - для родителей | "с" | |
| ИНН - для родителей |  | |
| Паспорт Гражданина РФ | серия и номер | "с" |
| дата выдачи | "с" |
| код подразделения | "с" |
| Сведения о детях |  |  |
| Фамилия, имя, отчество |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Адрес места жительства |  |  |
| Сведения о доходах | вид полученного дохода |  |
| месяц |  |
| сумма дохода |  |
| Сведения о постановке на учет в государственную службу занятости населения (да/нет) с указанием наименования службы занятости населения |  | |
| Сведения о трудоустройстве родителя (родителей) на дату подачи заявления (да/нет) с указанием наименования организации и даты трудоустройства |  | |
| Реквизиты актовой записи о регистрации брака - для супруга | N и дата актовой записи |  |
| наименование органа, составившего запись |  |
| Реквизиты актовой записи о смерти | N и дата актовой записи |  |
| наименование органа, составившего запись |  |
| Сведения об изменении ФИО (указывается ФИО до изменения и основание изменений) |  | |
| Инвалидность установлена | дата установления инвалидности |  |
| инвалидность установлена на срок до |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям не получаю - для родителей, опекуна, попечителя (да/ нет) |  | |
| В случае отсутствия у родителя трудовой книжки и(или) сведений о трудовой деятельности, предусмотренных Трудовым [кодексом](consultantplus://offline/ref=EABF6E35316EEAADAD0D5BBDC7D03A863F62B00EEC20A6406B3F3146FDFEF4488538EFA07C2BD695FA794B4F80F3KBI) Российской Федерации (при наличии), гражданин сообщает (поставить отметку(и) "V": | не имею трудовой книжки и(или) сведений о трудовой деятельности, предусмотренных Трудовым [кодексом](consultantplus://offline/ref=EABF6E35316EEAADAD0D5BBDC7D03A863F62B00EEC20A6406B3F3146FDFEF4488538EFA07C2BD695FA794B4F80F3KBI) Российской Федерации |  |
| нигде не работал(а) и не работаю по трудовому договору |  |
| не осуществляю деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не относится к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и(или) лицензированию |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Являюсь (поставить отметку "V"): | |
|  | |
|  | получателем ежемесячной денежной выплаты за счет средств федерального бюджета |
|  | получателем ежемесячной денежной выплаты за счет средств областного бюджета Ленинградской области (ветеран труда или военной службы/жертва политических репрессий/труженик тыла) |
|  | получателем пенсии в соответствии с законодательством Российской Федерации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать наименование органа) |
|  | лицом, достигшим предпенсионного возраста (60 лет для мужчин, 55 лет для женщин) |
|  | инвалидом I группы; инвалидом по зрению II группы; инвалидом, получающим процедуру гемодиализа; одним из родителей (опекуном (попечителем) ребенка-инвалида |
|  | получателем ежегодной денежной выплаты за счет средств федерального бюджета |
|  | одним из законных представителей учащегося лица общеобразовательной организации из многодетных и многодетных приемных семей |
|  | студентом профессиональных образовательных организаций, образовательных организаций высшего образования, расположенных на территории Санкт-Петербурга, обучающимся по очной форме обучения, осваивающим образовательные программы среднего профессионального образования, программы бакалавриата, программы специалитета или программы магистратуры |
|  | одним из родителей (опекуном (попечителем), имеющего в семье студента |

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу разрешить выдачу второй БЭПК для сопровождающего лица, так как являюсь (поставить отметку "V"): | |
|  | |
|  | инвалидом I группы |
|  | родителем (опекуном) ребенка-инвалида, проживающим совместно с ребенком-инвалидом |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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=EABF6E35316EEAADAD0D5BBDC7D03A863F62B10AEF24A6406B3F3146FDFEF4489738B7AC7C2ACC9EA7360D1A8F384DFD5F102CADD37EF2K1I) 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: изменение места жительства и выезд за пределы Ленинградской области; утрата права; изменение персональных данных), письменно известить ЦСЗН через МФЦ, либо ПГУ ЛО, либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств;  при оплате проезда и контроле оплаты проезда необходимо предъявлять БЭПК и(или) карточку транспортного обслуживания (далее - КТО), паспорт и документ, подтверждающий право на предоставление льготы;  необходимо бережно хранить выданный (выданную) БЭПК и(или) КТО, не допускать передачи (продажи) его другому лицу, утери и порчи;  при утрате БЭПК и(или) КТО необходимо незамедлительно сообщить любым способом (лично, по телефону, факсом, по почте) в уполномоченный орган по месту жительства.  Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.  Сообщаю, что не являюсь/являюсь <\*> *(нужное подчеркнуть)* получателем ежемесячной денежной выплаты из средств федерального бюджета или набора социальных услуг в части проезда на железнодорожном транспорте пригородного сообщения как федеральный льготник <\*\*>.  --------------------------------  <\*> Предупрежден(а), что карточка транспортного обслуживания не выдается лицам, являющимся получателям ежемесячной денежной выплаты из средств федерального бюджета или набора социальных услуг в части проезда на железнодорожном транспорте пригородного сообщения из числа федеральных льготников.  <\*\*> Под федеральными льготниками понимаются: инвалиды; дети-инвалиды; инвалиды войны и инвалиды боевых действий; участники войны; лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда"; ветераны боевых действий; военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период; лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств; члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников войны, ветеранов боевых действий и приравненные к ним ([ст. 21](consultantplus://offline/ref=EABF6E35316EEAADAD0D5BBDC7D03A863F62BB0DEC27A6406B3F3146FDFEF4489738B7AC7F2CC3C1A2231C42803950E3560730AFD1F7KDI) Закона РФ "О ветеранах); бывшие несовершеннолетние узники концлагеря, гетто или иного места принудительного содержания, созданного фашистами в годы второй мировой войны; лица, подвергшиеся воздействию радиации. | | |
|  | | |
|  |  | (подпись заявителя (представителя заявителя) |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  | направить по электронной почте, указать электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу выдать оформленную БЭПК и(или) карточку транспортного обслуживания *(поставить отметку "V")*: | |
|  | |
|  | МФЦ, расположенном по адресу <\*>: Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ЦСЗН |

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