|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
| (наименование филиала ЛОГКУ "ЦСЗН", в который представляется заявление) |  |
| от |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) |  |
|  | , |
| (указать родство (мать, отец) или иной законный представитель) |  |
|  | , |
| (реквизиты документа, удостоверяющего личность) |  |
|  |  |
| (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего) |  |
|  |  |
| (сведения о месте проживания |  |
|  |  |
| на территории Ленинградской области) |  |
|  |  |
| (контактный телефон, e-mail (при наличии)) |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственной услуги |
|  |
| Прошу (поставить отметку "V"): |
|  | выдать сертификат |
|  | выдать два сертификата |
|  | выдать дубликат сертификата: |
|  |  | утрата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину утраты) |
|  | порча \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину порчи) |

|  |
| --- |
| на бесплатное обеспечение сложной ортопедической обувью с индивидуальными параметрами изготовления (далее - сертификат) несовершеннолетнего(ей) |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего |  |
| Дата рождения несовершеннолетнего |  |
| Место рождения несовершеннолетнего |  |
| Гражданство несовершеннолетнего |  |
| Место жительства несовершеннолетнего | Адрес постоянной регистрации |  |
| Дата регистрации |  |
| Документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего | вид документа |  |
| серия и номер |  |
| наименование органа, выдавшего документ |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Кем несовершеннолетний приходится заявителю |  |

|  |
| --- |
| Сведения о представителе заявителя (при подаче документов представителем заявителя) |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Документ, удостоверяющий личность | вид документа |  |
| серия и номер |  |
| наименование органа, выдавшего документ |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Документ, подтверждающий право на представление интересов заявителя | вид документа |  |
| серия и номер |  |
| наименование органа, выдавшего документ |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения (при наличии) |  |
| контактный телефон, e-mail |  |

|  |
| --- |
| 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 предоставлении 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), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата заявления |  |  |  |
|  |  | (подпись заявителя (представителя заявителя) |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): |

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | выдать на руки в ЦСЗН, расположенном по адресу <\*>:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя) |  | (дата) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявление зарегистрировано |  |  |
|  |  | (дата, регистрационный номер заявления) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Принял |  |  |  |  |  |
|  | (дата приема) |  | (подпись специалиста) |  | (фамилия, инициалы) |