|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 в Ленинградской области? [<1>](#Par390) | | | | | | |
| Да | | нет | |  | | |
| отметить нужное | | | | | | |
| Адрес места жительства заявителя [<2>](#Par391) | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | | | | | |
| Адрес места пребывания заявителя [<2>](#Par391) | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | | | | | |
| Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область [<2>](#Par391) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (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 государственных(ой) услуг(и) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Прошу назначить (поставить отметку(и) "V") | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ежемесячную денежную выплату как: | |
|  |  | ветерану труда (ветерану военной службы) |
|  | реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий) |
|  | труженику тыла |
|  | ветерану труда Ленинградской области, звание присвоено в \_\_\_\_\_\_ г. (указать год) |
|  | лицу, родившемуся в период с 03.09.1927 по 03.09.1945 |
|  | инвалиду с детства по зрению первой группы |
|  | неработающему инвалиду с детства по зрению второй группы, проживающему одиноко либо в семье, состоящей из неработающих инвалидов с детства первой и второй группы и(или) моих несовершеннолетних детей |
|  | инвалиду боевых действий \_\_\_\_ группы |
|  | супруге (супругу) умершего инвалида боевых действий |
|  | родителю умершего инвалида боевых действий |
|  | проживавшему менее 4 месяцев в Ленинграде в период его блокады и не награжденному знаком "Житель блокадного Ленинграда" и медалью "За оборону Ленинграда" |
|  |  | единовременную выплату в связи с \_\_\_\_\_\_летним юбилеем совместной жизни |
|  | денежную компенсацию стоимости проездных документов (билетов) для проезда в пассажирских или скорых поездах дальнего следования, предусмотренной для жертв политических репрессий | |
|  | единовременную денежную выплату на погребение умершей жертвы политических репрессий | |
|  | ежегодную денежную выплату, компенсационные выплаты на расходы по проезду и денежную компенсацию стоимости путевки в организации санаторно-курортного лечения лицам, удостоенным звания "Почетный гражданин Ленинградской области": | |
|  |  | ежегодную денежную выплату в размере 90000 рублей |
|  |  | компенсацию расходов по проезду от своего места жительства в Ленинградскую область и обратно (в пределах Российской Федерации) <\*> |
|  |  | компенсацию расходов по проживанию в Ленинградской области во время проведения дней Ленинградской области <\*> |
|  |  | денежную компенсацию стоимости путевки в организации санаторно-курортного лечения |
|  | ежегодную денежную выплату нетрудоспособному супругу (супруге) Почетного гражданина Ленинградской области, не вступившему (вступившей) в новый брак, в случае смерти Почетного гражданина Ленинградской области | |
|  | компенсационную выплату на погребение умершего Почетного гражданина Ленинградской области за счет средств областного бюджета Ленинградской области исходя из фактических затрат в связи с погребением | |
|  | |
| (фамилия, имя, отчество умершего) | |
|  | дополнительное пожизненное ежемесячное материальное обеспечение лицам, награжденным знаком отличия Ленинградской области "За заслуги перед Ленинградской областью" | |

|  |  |
| --- | --- |
| --------------------------------  <\*> Компенсационные расходы оплачиваются гражданам, не являющимся жителями Ленинградской области, по факту понесенных расходов. | |
|  | |
| Пенсию получаю |  |
|  | (указать наименование органа) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения о заявителе | | |
|  | | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | |
| Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения) |  | |
| Паспорт гражданина РФ [<3>](#Par392) | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Сведения о перемене имени, заключении и расторжении брака (при наличии) | номер и дата актовой записи |  |
| место выдачи документа (орган ЗАГС) |  |
| ИНН [<4>](#Par393) | номер |  |
| Сведения о государственной регистрации смерти [<5>](#Par394) | номер и дата актовой записи |  |
| место выдачи документа (орган ЗАГС) |  |

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

|  |
| --- |
| --------------------------------  <\*> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Просим поставить отметку(и) "V" | | |
|  | аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям не получаю | |
|  | являюсь получателем аналогичной меры социальной поддержки по иным основаниям, а именно: | |
|  | ветеран труда (ветеран военной службы) |
|  | реабилитированное лицо (лицо, признанное пострадавшим от политических репрессий) |
|  | труженик тыла |
|  | ветеран труда Ленинградской области |
|  | лицо, родившееся в период с 3 сентября 1927 г. по 3 сентября 1945 г. |
|  | из средств федерального бюджета либо иного субъекта Российской Федерации |

|  |  |
| --- | --- |
|  | [<6>](#Par395) Отказ от предоставления аналогичной (взаимоисключающей) региональной меры социальной поддержки |
|  |  |
|  | (вписать наименование МСП, от которой отказывается заявитель) |
|  | подтверждаю (поставить отметку "V" в случае выбора в пользу текущей меры социальной поддержки) |
|  |  |
|  | [<7>](#Par396) Уведомлен о том, что региональная мера социальной поддержки (ежемесячная денежная выплата) предоставляется при условии отказа от получения взаимоисключающей меры социальной поддержки, за исключением мер социальной поддержки, предоставляемых независимо от получения ежемесячных денежных выплат по иным основаниям (поставить отметку "V") |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Инвалидность установлена (заполняется для заявителей, претендующих на получение социальной выплаты как лица, имеющие инвалидность) (заполнить сведения): | |
| Сведения в отношении заявителя: | |
| причина инвалидности |  |
| группа инвалидности |  |
| дата установления инвалидности |  |
| инвалидность установлена на срок до |  |
| наименование органа, установившего инвалидность |  |
| Сведения в отношении члена(ов) семьи, учитываемые при предоставлении государственной услуги: | |
| ФИО члена семьи |  |
| причина инвалидности |  |
| группа инвалидности |  |
| дата установления инвалидности |  |
| инвалидность установлена на срок до |  |
| наименование органа, установившего инвалидность |  |
| ФИО члена семьи |  |
| причина инвалидности |  |
| группа инвалидности |  |
| дата установления инвалидности |  |
| инвалидность установлена на срок до |  |
| наименование органа, установившего инвалидность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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=C07D89126A88DC39AC5A75B81E858E866CA7CCA321B005A1273CE3598BB7FE6670415AC379054E44A2974B1D8D32072BA7F1DF42B869F9a5G) 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 выплачивать через кредитную организацию |
|  |  |  |
|  | Или: | |
|  |  |  |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение: |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес получателя |  |
| Номер почтового отделения |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Единовременную выплату в связи с юбилеем совместной жизни просим перечислить на имя | | |
|  | | в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. |
| (ФИО получателя) | |  |
| на имя [<8>](#Par397) |  | |
|  | (Ф.И.О. получателя) | |
| в размере [<2>](#Par391) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать через кредитную организацию (Заполняется в случае предоставления государственной услуги по назначению единовременной выплаты к юбилею совместной жизни супружеским парам) |
|  |  |
|  | | |
|  | Или: | |
|  |  |  |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Заявитель | Супруг (супруга) заявителя |
| ФИО |  |  |
| Адрес получателя |  |  |
| Номер почтового отделения |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| К заявлению прилагаю: | | |
|  | | |
| N п/п | Наименование документа | Количество документов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сведения, указанные в заявлении, достоверны |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |

|  |  |
| --- | --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): | |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу [<9>](#Par398) <\*>: Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | направить по электронной почте, указать электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись заявителя) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |
|  | | | | |
| [<10>](#Par399) |  |  |  |  |
| (подпись супруга (супруги) заявителя) |  | (фамилия, инициалы супруга (супруги) заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заполняется специалистом МФЦ: | | | | |
| Специалистом МФЦ удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении | | | | |
|  | | | | |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы специалиста) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление зарегистрировано в ЦСЗН |  |  |  |  |  |
|  | (дата) |  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы специалиста) |

--------------------------------

<1> Для получения услуги "Назначение ежемесячной денежной выплаты лицам, удостоенным звания "Ветеран труда Ленинградской области", адрес места жительства заявителя должен быть в Ленинградской области. *В случае ответа "нет" - отказ в предоставлении услуги.*

<2> Не требует заполнения для получения услуги "Назначение ежемесячной денежной выплаты лицам, удостоенным звания "Ветеран труда Ленинградской области".

<3> В случае обращения заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, для получения государственных услуг, указанных в [подпункте 2 подпункта 1.2.1](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37B054A46F4CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G), [подпунктах 1.2.8](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC07F064B44A2974B1D8D32072BA7F1DF42B869F9a5G) и [1.2.10](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37B054B4FF3CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G), поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

<4> Поле заполняется в случае обращения для получения государственных услуг, указанных в [подпунктах 1.2.4](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37A004A4DF3CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G) и [1.2.5](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37A004A4DF0CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G).

<5> Поле заполняется в случае обращения для получения государственных услуг, указанных в [подпунктах 1.2.4](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37A004A4DF3CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G), [1.2.5](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37A004A4DF0CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G), [1.2.8](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC07F064B44A2974B1D8D32072BA7F1DF42B869F9a5G), [1.2.9](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37B054B4FF2CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G) (для получения ежемесячной выплаты нетрудоспособным супругом (супругой), не вступившим (вступившей) в новый брак, в случае смерти Почетного гражданина Ленинградской области) и [1.2.10](consultantplus://offline/ref=C07D89126A88DC39AC5A6AA90B858E866AA3CEA422B105A1273CE3598BB7FE6670415AC37B054B4FF3CD5B19C4660934A4EEC141A66997B2F5a0G).

<6> Заполняется в случае, если заявителю предоставляется взаимоисключающая региональная мера социальной поддержки согласно Перечню взаимоисключающих мер социальной поддержки.

<7> Заполняется в случае предоставления государственной услуги по назначению региональной меры социальной поддержки, утвержденной Перечнем взаимоисключающих мер социальной поддержки.

<8> Заполняется в случае перечисления выплаты второму супругу.

<9> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу.

<10> Заполняется в случае предоставления государственной услуги по назначению единовременной выплаты к юбилею совместной жизни супружеским парам.