|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В |  | | | | |
|  | (наименование ЦСЗН) | | | | |
| от заявителя | | |  | | |
|  | | | (фамилия, имя отчество заполняется заявителем) | | |
|  | | | | | |
| от представителя заявителя | | | |  | |
|  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество заполняются 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 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 групп 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 и компенсационную выплату 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 |
|  | 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" | |

|  |  |
| --- | --- |
| Примечание: компенсационные расходы оплачиваются гражданам, не являющимся жителями Ленинградской области, по факту понесенных расходов. | |
|  | |
| Пенсию получаю |  |
|  | (указать наименование органа) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ежемесячную денежную выплату (поставить отметку "V") | | |
|  | не получаю | |
|  | получаю |  |
|  | (указать наименование органа) |

|  |  |
| --- | --- |
| Просим поставить отметку(и) "V" | |
|  | аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям не получаю |

|  |  |
| --- | --- |
| 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, учитываемых 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=1172000B58C0FBD069F9802003A332910A9483A2111E70FA30F9367A295C4797F3C79A212918C0CE38A8DD2563A838880D4422612C2FS2qEH) 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 перечислять (выбрать нужное и указать): | | | | |
| В почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | В |  | | |
| (название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала, офиса) | | | |
| 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) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Единовременную выплату в связи с юбилеем совместной жизни просим перечислить на имя | |
|  |  |
| (ФИО получателя) |  |
| в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| В почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | В |  | | |
| (название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала, офиса) | | | |
| 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) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| на имя |  |
|  | (Ф.И.О. получателя, заполняется в случае перечисления выплаты второму супругу) |
| в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| В почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | В |  | | |
| (название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала, офиса) | | | |
| 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 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |
| --- |
| --------------------------------  <\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящегося 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) |