|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
|  | (наименование ЦСЗН) |
| от заявителя |  |
|  | (фамилия, имя, отчество - заполняется заявителем) |
|  |
| телефон |  |
| электронный адрес |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственных(ой) услуг(и) |
|  |
| Прошу (поставить отметку "V") |

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать сертификат на изготовление (ремонт) зубных протезов (далее - сертификат): |
|  |  | ветерану труда |
|  | ветерану военной службы |
|  | труженику тыла |
|  | реабилитированному лицу |
|  | вид сертификата: |
|  |  | на бумажном носителе в виде именного документа на бланке установленного образца |
|  | электронный сертификат в виде QR-кода |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |
| Гражданство |  |
| Место жительства | Адрес постоянной регистрации |  |
| Дата регистрации |  |
| Адрес регистрации по месту пребывания в Ленинградской области |  |
| Дата регистрации |  |
| Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область - в случае переезда |  |
| СНИЛС |  |
| Паспорт гражданина РФ | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Сведения об изменении ФИО (указываются ФИО до изменения, дата и номер документа/актовой записи об изменении ФИО, орган, выдавший документ об изменении ФИО) |  |
| Ежемесячную денежную выплату за счет средств федерального бюджета (указать: не получаю либо получаю, с указанием наименования органа) |  |

|  |
| --- |
| Сведения о представителе заявителя при подаче документов представителем заявителя |
|  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Паспорт гражданина РФ <1> | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |

|  |
| --- |
| 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 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (подпись заявителя (представителя заявителя) |
| Подтверждаю, что сведения, указанные в заявлении, достоверны |
|  |  | (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 |

|  |
| --- |
| Прошу выдать сертификат в МФЦ, расположенном по адресу <\*>:Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов на получение сертификата на бумажном носителе посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящемся по другому адресу. |

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

|  |
| --- |
| --------------------------------<1> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется и к комплекту документов прилагается копия документа. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
|  | (наименование ЦСЗН) |
| от заявителя |  |
|  | (фамилия, имя, отчество - заполняется заявителем) |
|  |
| телефон |  |
| электронный адрес |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственных(ой) услуг(и) |
|  |
| Прошу снять с учета граждан, имеющих право на предоставление меры социальной поддержки по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов (поставить отметку "V"): |
|  |
|  | отказ от получения сертификата |
|  | смерть ветерана труда, труженика тыла, реабилитированного лица |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Место жительства | Адрес постоянной регистрации |  |
| Дата регистрации |  |
| Адрес регистрации по месту пребывания в Ленинградской области |  |
| Дата регистрации |  |
| Паспорт гражданина РФ | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| Реквизиты актовой записи о смерти | дата смерти |  |
| серия и номер |  |
| наименование органа, составившего запись |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Паспорт гражданина РФ <2> | серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |

|  |
| --- |
| Подтверждаю, что сведения, указанные в заявлении, достоверны |
|  |  | (подпись заявителя (представителя заявителя) |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): |
|  |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>: Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | направить по электронной почте, указанной в заявлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящемся по другому адресу. |

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

|  |
| --- |
| --------------------------------<2> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется и к комплекту документов прилагается копия документа. |