|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 назначить мне (моей семье) государственную социальную помощь в виде *(поставить отметку "V"):* | | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае чрезвычайной жизненной ситуации (пожар, наводнение или иное стихийное бедствие), произошедшей на территории Ленинградской области | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае заболевания, которое по заключению медицинской организации привело к необходимости использования дорогостоящих видов медицинских услуг по жизненным показаниям, применения дорогостоящих лекарственных препаратов для медицинского применения | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине нетрудоспособности в силу возраста (дети, граждане пожилого возраста) или состояния здоровья (инвалиды) | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине отсутствия у гражданина определенного места жительства | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине отсутствия факта работы в связи с осуществлением одним из родителей (единственным родителем) ухода за ребенком (детьми) до семи лет либо осуществлением ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае трудной жизненной ситуации, не позволяющей приобрести жизненно необходимые продукты питания, одежду и услуги по причине отсутствия средств к существованию у граждан, признанных органами службы занятости безработными при их обращении за единовременной денежной выплатой до истечения шести месяцев с месяца увольнения | | | | | | |
|  | единовременной денежной выплаты в случае обучения студента в образовательной организации по очной форме обучения до достижения им возраста 23 лет | | | | | | |
|  | компенсации расходов на уплату взносов на капитальный ремонт | | | | | | |
|  | компенсации расходов на оплату коммунальной услуги по обращению с твердыми коммунальными отходами | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Семья состоит из: | | | | | |
| п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Степень родства | Место работы и должность для работающих, место учебы для учащихся | Наличие инвалидности да/нет |
|  |  |  | заявитель |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Сведения о членах семьи заявителя, зарегистрированных по другому адресу  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать адрес) | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Граждане, проживающие совместно со мной (членами моей семьи) и ведущие со мной (членами моей семьи) раздельное хозяйство *(указать ФИО):* |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сообщаю, что я (члены моей семьи) ИМЕЮ/НЕ ИМЕЮ (ИМЕЮТ/НЕ ИМЕЮТ) *(подчеркнуть)* иные виды доходов, которые не могу подтвердить документально: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество | | Вид дохода | | Период получения доходов | Сумма дохода, руб. |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| Иных доходов, кроме указанных в заявлении и прилагаемых документах, не имею(ем). | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| К заявлению прилагаю: | | | | | | |
| N п/п | Наименование документа | | | | | Количество документов |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
| С порядком предоставления государственной социальной помощи ознакомлен(а).  Подтверждаю, что сведения, сообщенные мной в настоящем заявлении, точны и исчерпывающи. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Обязуюсь в течение двух недель в письменной форме уведомить ЦСЗН по месту жительства о наступлении указанных ниже обстоятельств, влекущих изменение размера государственной социальной помощи либо прекращение ее предоставления:  1) перемена места жительства;  2) изменение номера банковского счета;  3) изменение персональных данных;  4) изменение сведений о составе семьи;  5) изменение сведений о доходах и имуществе, принадлежащем на праве собственности;  6) другие изменения. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | |  | | (подпись заявителя (представителя заявителя)) | | |
|  | | | | | | |
| Согласен 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=3F7912C80CEBFCF8E7540980108839AF9E1640A953643CE40675D89732D2671C04BE3270783EDE0251E07BEFBBA3768B1A28ECF415C8S6W4L) 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 на текущий счет, привязанный к банковской карте национальной платежной системы "Мир", открытый в кредитной организации |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  | Или: |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение: |
|  |  |  |

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

|  |
| --- |
| --------------------------------  <\*> 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) |