|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 на основании социального контракта в целях *(поставить отметку "V"):* | | | | | | | |
|  | поиска работы | | | | | | |
|  | прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования | | | | | | |
|  | осуществления индивидуальной предпринимательской деятельности | | | | | | |
|  | ведения личного подсобного хозяйства | | | | | | |
|  | иные мероприятия: | | | | | | |
|  | в виде ежемесячного социального пособия | | | | | | |
|  | в виде единовременной денежной выплаты | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| в связи с: |  |
|  | |
|  | |
| *(Указать причины обращения (трудную жизненную ситуацию)* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Семья состоит из: | | | | |
| п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Степень родства | Место работы и должность для работающих, место учебы для учащихся |
|  |  |  | 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):* |
|  |
|  |
|  |
| Подтверждаю, что я и члены моей семьи не получали денежные выплаты на открытие (развитие существующей) предпринимательской деятельности *(для граждан, обратившихся в целях осуществления индивидуальной предпринимательской деятельности).* |
|  |
| 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. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Заполняется совершеннолетним членом семьи заявителя трудоспособного возраста (за исключением неработающих инвалидов 1 и 2 групп):* | | | | | |
| Даю свое согласие на заключение | | | |  | |
|  | | | | *(ФИО заявителя)* | |
| социального контракта и на проверку представленных им сведений о наличии трудной жизненной ситуации, содержащихся в представленных документах: | | | | | |
| 1. |  | |  |  | (ФИО, подпись члена семьи) |
| 2. |  | |  |  | (ФИО, подпись члена семьи) |
| 3. |  | |  |  | (ФИО, подпись члена семьи) |
| 4. |  | |  |  | (ФИО, подпись члена семьи) |
|  | | | | | |
| 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=AD868B2884F956447D9C4E0F553054C435DC7442F9C42CA2BA3C2E9571ED974256FCB2290ED537948F838A3EA08254E48463EFD351BCOFe7L) 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) |