|  |  |
| --- | --- |
|  | 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) |
|  |
| Реквизиты документа (паспорт) |
|  |
| серия, N, дата выдачи, код подразделения |
| Адрес места жительства заявителя в Ленинградской области |
|  |
| (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 |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственной услуги |
|  |
| Прошу предоставить материнский капитал в связи с рождением |
|  |
| (очередность рождения (усыновления) ребенка) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество, дата рождения (усыновления) ребенка) |
|  |
| (фамилия матери, которая была при рождении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на материнский капитал) |
| Статус заявителя |  |
|  | (мать, отец, ребенок) |
| Сведения о перемене имени членов семьи: изменял(а)/не изменил(а).Сведения о заключении/расторжении брака членов семьи (номер и дата актовой записи, 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. |

|  |
| --- |
| Сведения о детях (по очередности рождаемости (усыновления)): |
|  |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество | Пол | Реквизиты свидетельства о рождении | Число, месяц, год рождения | Место рождения | Гражданство | СНИЛС (при наличии) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |
|  |
| Сообщаю, что все члены семьи получают следующие виды доходов: |
|  |
| N п/п | Вид полученного дохода | Отметить, если имеется данный вид дохода (указать слово "да") |
| 1 | Доходы, полученные от трудовой деятельности |  |
| 2 | Денежное довольствие |  |
| 3 | Выплаты социального характера (пенсии, пособия, стипендии и пр.) |  |
| 4 | Иные полученные доходы, всего: |  |
|  | в том числе: |  |
| 4.1 | Доходы, полученные от предпринимательской деятельности |  |
| 4.2 | Доходы, полученные от личного подсобного хозяйства |  |
| 4.3 | Полученные алименты |  |
| 4.4 | Доходы, полученные от собственности, в том числе от сдачи имущества в аренду, продажи имущества |  |

|  |
| --- |
| 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) |
|  |
| Сообщаю сведения об отце (о матери) ребенка |
|  |
| Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | СНИЛС | Документ, удостоверяющий личность, серия документа, номер документа, дата выдачи документа, код подразделения <1> | Адрес регистрации по месту жительства, дата регистрации |
|  |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Просим поставить отметку(и) "V" |
|  | имею статус многодетной семьи Ленинградской области |

|  |
| --- |
| Прошу направить средства (часть средств) материнского капитала на: |
| N п/п | Цель направления средств | Сумма, руб. | с Порядком ознакомлен(а) (подпись) |
| 1 | улучшение жилищных условий на территории Ленинградской области, в т.ч.: |  |  |
| 1.1 | приобретение (строительство, реконструкция) жилого помещения |  |  |
| 1.2 | ремонт, инженерно-техническое обеспечение жилого помещения |  |  |
| 1.3 | приобретение земельных участков |  |  |
| 2 | получение образования (образовательных услуг) ребенком (детьми), услуг по присмотру и уходу за детьми |  |  |
| 2.1 | получение профессионального образования, профессионального обучения и дополнительного профессионального образования |  |  |
| 3 | получение ребенком (детьми) платных медицинских услуг, в том числе приобретение дорогостоящих лекарственных препаратов для медицинского применения ребенком (детьми) |  |  |
| 4 | получение платных медицинских стоматологических услуг |  |  |
| 5 | на лечение, реабилитацию и абилитацию ребенка-инвалида |  |  |
| 6 | приобретение санаторно-курортных путевок по медицинским показаниям и проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации |  |  |
| 7 | на приобретение транспортного средства (в том числе погашение основного долга и уплаты процентов по кредиту (займу) на приобретение транспортного средства) |  |  |
| 8 | приобретение сельскохозяйственных животных, пчел и птицы, техники для личного подсобного хозяйства |  |  |

|  |
| --- |
| Средствами материнского капитала ранее |
|  |  |
| (указать - распоряжался(-лась)(не распоряжался(-лась)) |  |
|  |
| Настоящим заявлением подтверждаю:родительских прав в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на предоставление материнского капитала, |
|  |  |
| (указать - не лишался(-лась) (лишался(-лась)) |  |
|  |
| умышленных преступлений, относящихся к преступлениям против личности, в отношении своего ребенка (детей) |
|  |
| (указать - не совершал (не совершала), совершал (совершала)) |
|  |
| решение об отмене усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого возникло право на предоставление материнского капитала, |
|  |  |
| (указать - не принималось (принималось)) |  |
|  |
| решение об ограничении в родительских правах в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на предоставление материнского капитала, |
|  |  |
| (указать - не принималось (принималось)) |  |
|  |
| решение об отобрании ребенка, в связи с рождением которого возникло право на предоставление материнского капитала, |
|  |
| (указать - не принималось (принималось)) |

|  |
| --- |
| Денежные средства прошу перечислять (заполнить нужные реквизиты):1) в случае компенсации понесенных расходов в соответствии с Порядком: |
|  |  |  |
|  |  | 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, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

|  |
| --- |
| 2) в случае безналичного перечисления денежных средств физическим (юридическим) лицам, с которыми заявитель и(или) его супруг заключили договор (сделку) в соответствии с Порядком: |
| Наименование организации либо Ф.И.О. физического лица: |
|  |
| Почтовый адрес |
| ИНН |
| БИК |
| КПП |
| Банк получателя |
| Р/счет |
| К/счет |

|  |
| --- |
| Подтверждаю, что сведения, сообщенные мной в настоящем заявлении, точны и исчерпывающи.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, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращение ее предоставления (например: перемена места жительства; изменение номера банковского счета, персональных данных, состава семьи), необходимо известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ не позднее чем в месячный со дня наступления соответствующих обстоятельств.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) |

|  |
| --- |
| 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, 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 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) |