|  |  |
| --- | --- |
|  | 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) |
|  | сведения о документе, удостоверяющем личность |  |
|  |  |
|  |  |
|  | (вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи), в соответствии с реквизитами документа, удостоверяющего личность; |
|  | Адрес места жительства заявителя |  |
|  |  |
|  | (почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
|  | Адрес места пребывания заявителя |  |
|  |  |
|  | (почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
|  | Адрес фактического проживания заявителя |  |
|  |  |
|  | (почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
|  | телефон |  |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственных(ой) услуг(и) |
|  |
| Прошу назначить |  | единовременную выплату к |
|  | (Ф.И.О. заявителя) |  |
| юбилейным датам со дня рождения, предоставляемую гражданам Российской Федерации, постоянно проживающим на территории Ленинградской области, отметившим 90-летний, 95-летний, 100-летний и далее ежегодно юбилей со дня рождения. |

|  |
| --- |
| 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, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращения ее предоставления (например: перемена места жительства, изменение номера банковского счета, персональных данных), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ, либо ПГУ ЛО, либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок 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) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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: |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес получателя |  |
| Номер почтового отделения |  |

|  |
| --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (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) |