|  |
| --- |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении государственных (ой) услуг(и)

Прошу (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1)Определить право на льготный проезд и выдать единый социальный проездной билет на основе бесконтактной электронной пластиковой карты (далее - БЭПК) |
|  |  | автомобильном транспорте на смежных межрегиональных, межмуниципальных и муниципальных маршрутах регулярных перевозок |
|  | железнодорожном транспорте пригородного сообщения *(проезд на железнодорожном транспорте недействителен без активации БЭПК на проезд на автомобильном транспорте)* |
|  | 2)Определить право на льготный проезд на железнодорожном транспорте пригородного сообщения и выдать карточку транспортного обслуживания на бумажном носителе *(в случае непользования льготным проездом на автомобильном транспорте)* |
|  | 3)Заменить:  |
|  |  | БЭПК |
|  | карточку транспортного обслуживания на бумажном носителе |
|  |  | утрата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать причину утраты) |
|  | порча\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать причину порчи) |
|  | истек срок действия карточки транспортного обслуживания |
|  | изменения, содержащиеся в БЭПК и (или) карточки транспортного обслуживания |
|  |  | фамилия |
|  | имя |
|  | отчество |
|  | социальная категория |

Являюсь (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | получателем ежемесячной денежной выплаты за счет средств федерального бюджета |
|  | получателем ежемесячной денежной выплаты за счет средств областного бюджета Ленинградской области (ветеран труда или военной службы/ жертва политических репрессий/ труженик тыла) |
|  | получателем пенсии в соответствии с законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать наименование органа) |
|  | лицом, достигшим предпенсионного возраста (60 лет для мужчин, 55 лет для женщин) |
|  | инвалидом по зрению I и II группы, ребенком-инвалидом по зрению |
|  | инвалидом (ребенком-инвалидом), получающим процедуру гемодиализа |
|  | инвалидов-колясочником I группы |

Прошу разрешить выдачу второй БЭПК для сопровождающего лица, так как являюсь (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | инвалидом по зрению 1 группы |
|  | инвалидом-колясочником I группы |
|  | родителем (опекуном) ребенка – инвалида по зрению, проживающим совместно с ребенком – инвалидом по зрению |
|  | инвалидом 1 группы |
|  | родителем (опекуном) ребенка – инвалида, проживающим совместно с ребенком – инвалидом  |

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № 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: изменение места жительства и выезд за пределы Ленинградской области; утрата права; изменение персональных данных), письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ, не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств;

при оплате проезда и контроле оплаты проезда необходимо предъявлять БЭПК и (или) карточку транспортного обслуживания (далее – КТО), паспорт и документ, подтверждающий право на предоставление льготы;

необходимо бережно хранить выданный (выданную) БЭПК и (или) КТО, не допускать передачи (продажи) его другому лицу, утери и порчи;

при утрате БЭПК и (или) КТО необходимо незамедлительно сообщить любым способом (лично, по телефону, факсом, по почте) в уполномоченный орган по месту жительства.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.

Сообщаю, что не являюсь/ являюсь\* *(нужное подчеркнуть)* получателем ежемесячной денежной выплаты из средств федерального бюджета или набора социальных услуг в части проезда на железнодорожном транспорте пригородного сообщения как федеральный льготник\*\*.

\*Предупрежден(а), что карточка транспортного обслуживания не выдается лицам, являющимся получателям ежемесячной денежной выплаты из средств федерального бюджета или набора социальных услуг в части проезда на железнодорожном транспорте пригородного сообщения из числа федеральных льготников.

\*\*Под федеральными льготниками понимаются: инвалиды; дети-инвалиды; инвалиды войны и инвалиды боевых действий; участники войны; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; ветераны боевых действий; военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период; лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств; члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников войны, ветеранов боевых действий и приравненные к ним (ст.21 Закона РФ «О ветеранах); бывшие несовершеннолетние узники концлагеря, гетто или иного места принудительного содержания, созданного фашистами в годы второй мировой войны; лица, подвергшиеся воздействию радиации.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя (представителя заявителя)

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу [<\*>](#P464): 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Прошу выдать оформленную БЭПК и (или) карточку транспортного обслуживания *(поставить отметку «V»):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | МФЦ, расположенном по адресу [<\*>](#P464): Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ЦСЗН |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(подпись) (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) (дата)*

<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящегося 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)