|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" | | | | | |
| от | | | | | |
|  | | | | | |
| *(фамилия. имя, отчество (при наличии) гражданина)* | | | | | |
|  | | | | | |
| *(дата рождения гражданина)* | | | | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность/свидетельства о рождении для граждан РФ в возрасте до 14 лет: | | | | | |
| серия и номер | | |  | | |
| дата выдачи | | |  | | |
| кем выдан | | |  | | |
| код подразделения | | |  | | |
| гражданство | | |  | | |
| Реквизиты документа, подтверждающего сведения о месте регистрации и(или) фактическом проживании заявителя в Ленинградской области: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Адрес регистрации (сведения о фактическом проживании) заявителя в Ленинградской области: | | | | | |
|  | | | | | |
| От | | | | | |
|  | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя,* | | | | | |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,* | | | | | |
| *реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя заявителя)* | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Заявление  о предоставлении государственной услуги по определению права  на дополнительную меру социальной поддержки в виде  специального транспортного обслуживания отдельных  категорий граждан | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Прошу предоставить мне/несовершеннолетнему гражданину (ребенку)/доверителю  *(нужное отметить)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан как: | | | | | | | | | |
|  | ребенку-инвалиду, имеющему ограничение способности к передвижению и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации в виде кресел-колясок, костылей, тростей, опор | | | | | | | | |
|  | ребенку-инвалиду в возрасте до 7 лет | | | | | | | | |
|  | ребенку-инвалиду по зрению | | | | | | | | |
|  | ребенку-инвалиду, страдающему злокачественными новообразованиями, в том числе злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей | | | | | | | | |
|  | ребенку, перенесшему пересадку костного мозга | | | | | | | | |
|  | ребенку-инвалиду с 3 или 2 степенью ограничения способности контролировать свое поведение | | | | | | | | |
|  | инвалиду, имеющему I группу инвалидности | | | | | | | | |
|  | инвалиду Великой Отечественной войны | | | | | | | | |
|  | участнику Великой Отечественной войны | | | | | | | | |
|  | инвалиду/ребенку-инвалиду, страдающему хронической почечной недостаточностью  и нуждающемуся по медицинским показаниям в проведении заместительной почечной терапии | | | | | | | | |
|  | инвалиду, имеющему ограничения способности к передвижению и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации в виде кресел-колясок, костылей, тростей, опор | | | | | | | | |
|  | инвалиду по зрению | | | | | | | | |
|  | инвалиду I или II группы, имеющему 3 степень ограничения способности к трудовой деятельности, признанному инвалидом до 1 января 2010 года без указания срока переосвидетельствования | | | | | | | | |
|  | гражданину старше 80 лет | | | | | | | | |
|  | бывшему несовершеннолетнему узнику концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в периоды Второй мировой войны, имеющему II группу инвалидности | | | | | | | | |
|  | гражданину, награжденному знаком "Жителю блокадного Ленинграда" | | | | | | | | |
| Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю. | | | | | | | | | |
|  | | ( |  | | | ) | | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | |
| *(подпись)* | |  | *(Ф.И.О.)* | | |  | | *дата заполнения заявления* | |
| К заявлению прилагаю: | | | | | | | | | |
| Наименование документа | | | | | | | | | Количество документов |
| Согласие гражданина на обработку персональных данных | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  |
| Обязуюсь в письменной форме уведомить ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства и др.) | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| (подпись) | | | | |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу: | | |
|  | выдать на руки в филиале ЦСЗН | |
|  | направить на адрес электронной почты (указать адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | направить по почте (указать адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Сотрудником | |  |
|  | | *(наименование филиала ЦСЗН)* |
| удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении | | |
|  | | |
| *(подпись, расшифровка подписи)* | | |
|  | | |
| Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_ шт. приняты от:  - заявителя (представителя заявителя) *(нужное подчеркнуть)*  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года и зарегистрированы в журнале регистрации под N \_\_\_\_. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Специалист ЦСЗН |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Расписка-уведомление о приеме заявления и документов  для предоставления государственной услуги | | | | |
|  | | | | |
| Заявление гр. |  | | | |
| поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял и зарегистрировал "\_\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | |
| Специалист ЦСЗН | |  |  | телефон |
|  | | *(подпись)* | *(фамилия, инициалы)* |  |