|  |  |
| --- | --- |
|  | 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)* |
|  |
| Заявлениео предоставлении государственной услуги по определению правана дополнительную меру социальной поддержки в видеспециального транспортного обслуживания отдельныхкатегорий 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 документовдля предоставления государственной услуги |
|  |
| Заявление гр. |  |
|  поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял и зарегистрировал "\_\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ г. |
| Специалист ЦСЗН |  |  | телефон |
|  | *(подпись)* | *(фамилия, инициалы)* |  |