В Государственное областное казенное учреждение «Центр социальной поддержки населения Мурманской области»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ КОММУНАЛЬНОЙ ВЫПЛАТЫ**

от

**(***фамилия, имя, отчество)*

Адрес регистрации:

Телефон:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Датарождения |  |
| Кем выдан |  |
| СНИЛС (при отсутствии- место рождения) |  |

Место работы Не работаю с Вид пенсионного обеспечения:

 Пенсия за выслугу лет  Пенсия по старости  Пенсия по инвалидности

Пенсия по случаю потери кормильца Социальная пенсия

Орган, осуществляющий выплату пенсии:

Пенсионный фонд РФ Минобороны России МВД России МЧС России ФСКН России ФСИН России

 Иной орган (указать какой)

Льготный социальный статус

Сведения о составе семьи:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия имя отчество члена семьи | Дата и место рождения | Степень родства | Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдано, номер подразделения (для паспорта)) серия, № паспорта (свидетельства о рождении детей) | Место работы/ Наименование образовательного учреждения (для обучающихся) | Виды дохода |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

Представитель гражданина (по доверенности) или законный представитель несовершеннолетнего ребёнка (недееспособного лица)

*(нужное подчеркнуть)*

(фамилия, имя, отчество)

(полный адрес места постоянного жительства)

|  |
| --- |
| (телефон) |
| **Сведения о жилом помещении:** |
| Наличие лифтового оборудования в доме (V) | Да | Нет | Количество этажей в доме |  | Количество комнат в жилом помещении |  |

**Прошу предоставить мне ежемесячную коммунальную выплату.**

**Денежные средства прошу перечислять:**

- на мой счёт №: , открытый в

-на почтовое отделение № .

|  |
| --- |
| Члены семьи на государственном обеспечении не находятся. |
| Получателем мер социальной поддержки по иным основаниям не являюсь.Обо всех изменениях, влияющих на право получения ежемесячной коммунальной выплаты (смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава и дохода семьи и др.), обязуюсь сообщить в течение двух месяцев с момента их наступления.О принятом решении по предоставлению мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте .(указать адрес электронной почты) |

Дата подачи заявления Подпись

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам |  |
| Подпись специалиста, принявшего заявление |