**ГОКУ «ЦСПН Мурманской области»**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

От

(фамилия, имя, отчество)

(полный адрес места жительства)

(телефон)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид документа,  удостоверяющего личность заявителя |  | Дата выдачи |  |
| Номер и серия документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | | |
| СНИЛС (при отсутствии –  место рождения) |  | | |
| Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя  заявителя |  | | |

Место работы

(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с

(указать дату)

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

(указать категорию)

Сведения о составе семьи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Ф. И. О. члена семьи | Число, месяц, год рождения | Степень родства | Наименование образовательного учреждения, в котором обучается  ребенок |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Сведения о жилом помещении:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наличие лифтового оборудования в доме (V) | ДА | НЕТ | Количество этажей в доме |  | Количество комнат в жилом  помещении |  |

2

**Прошу предоставить мне социальную поддержку, установленную законами Российской Федерации, законами Мурманской области и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Мурманской области:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Социальные выплаты (услуги) адресного характера |  |
| 1.1. |  |  |
| 1.2. |  |  |
| 2. | Меры социальной поддержки семей с детьми |  |
| 2.1. |  |  |
| 2.2. |  |  |
| 3. | Меры социальной поддержки отдельным категориям граждан |  |
| 3.1. |  |  |
| 3.2. |  |  |
| 4. | Дополнительные меры социальной поддержки в рамках целевых программ |  |
| 4.1. |  |  |
| 4.2. |  |  |

**Прошу перечислять денежные средства:**

* на расчетный счет № , открытый в
* на отделение почтовой связи № УФПС Мурманской области.

Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.

Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные,

**не являюсь.**

Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.

Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава или дохода семьи, помещение членов семьи на государственное обеспечение и др.), обязуюсь сообщить **в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно** с момента их наступления (*нужное подчеркнуть*).

Согласен(-на) на предоставление в отношении меня медицинскими организациями по запросу Министерства труда и социального развития Мурманской области сведений, составляющих врачебную тайну и необходимых для принятия решения об оказании материальной помощи.

О принятом решении о предоставлении 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 |