Государственное областное казенное учреждение «Центр социальной поддержки населения 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 |  |
| Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания,контактный телефон |  |
| Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителязаявителя |  |

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 | Дата рождения | Степень родства | Сведения о документе, удостоверяющем личность(наименование, серия, номер, дата выдачи и кем выдан паспорт /серия, № свидетельства о рождении детей | Место работы / наименование образовательного учреждения(для обучающихся) | Виды доходов, получаемых в расчетный период |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

2

Сведения о жилом помещении:

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

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. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| **Денежные средства прошу перечислять:*** на расчетный счет № , открытый в
* на отделение почтовой связи № УФПС Мурманской области.
 |
| Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.Подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет.Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные,**не являюсь.**Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством. 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 государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».Согласен(-на) на предоставление в отношении меня медицинскими организациями по запросу Министерства труда и социального развития Мурманской области сведений, составляющих врачебнуютайну и необходимых для принятия решения об оказании материальной помощи в соответствии с ППМО от 28.04.2014 № 225-ПП.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 |