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

**Заявление**

**о предоставлении адресной государственной социальной помощи**

**(адресной государственной социальной помощи на основании социального контракта)**

от

(фамилия, имя, отчество)

(полный адрес места жительства)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (телефон) |  |  |
| Вид документа,удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер и серия документа |  | Датарождения |  |
| Кем выдан |  |
| Представитель заявителя:Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон |  |
| Наименование, серия и номер документа, подтверждающегополномочия представителя заявителя |  |

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 | Ф.И.Очлена семьи | Датарождения | Степень родства | Сведения о документе, удостоверяющемличность(наименование, серия, номер, дата выдачи и кем выдан паспорт/серия,№ свидетельства о рождении детей | Место работы/ наименованиеобразовательног о учреждения(для обучающихся) | Виды доходов,получаемых в расчетный период |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

**а**

**а**

|  |
| --- |
| **Прошу назначить мне:****дресную государственную социальную помощь****дресную государственную социальную помощь на основании социального контракта.** |
| **Все неработающие совершеннолетние члены семьи трудоспособного возраста согласны на заключение социального контракта:** |
| 1.  | (подпись) |
| 2.  | (подпись) |
| 3.  | (подпись) |
| **Денежные средства прошу перечислять:****-на расчетный счёт №**  **, открытый в**   |
| **-на отделение почтовой связи №**  **ФГУ** | **П «Почта России»** |
| В случае изменения обстоятельств в семье, влекущих изменение или прекращение оказания адресной государственной социальной помощи (увеличение дохода, изменение состава семьи,помещение ребенка в детское учреждение на полное государственной обеспечение, лишение родительских прав и другие обстоятельства), обязуюсь сообщить в течение двух недель со дня возникновения указанных обстоятельств.Я подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет. Я осознаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующимзаконодательством. |
| Дата подачи заявления | Подпись |
| Заявление принято |  |
| Подпись специалиста, принявшего заявление |