ЗАЯВЛЕНИЕ

НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ

 От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полный адрес места жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (телефон)

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

 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф. И. О. члена семьи | Число, месяц, год рождения | Степень родства | Наименование образовательного учреждения, в котором обучается ребенок |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Представитель гражданина или законный представить несовершеннолетнего

ребенка (недееспособного лица) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полный адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 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 |  |  |
| 1.3 |  |  |
| 1.4 |  |  |
| 1.5 |  |  |
| 2 | Меры социальной поддержки семей с детьми |  |
| 2.1 |  |  |
| 2.2 |  |  |
| 2.3 |  |  |
| 2.4 |  |  |
| 2.5 |  |  |
| 3 | Меры социальной поддержки отдельным категориям граждан |  |
| 3.1 |  |  |
| 3.2 |  |  |
| 3.3 |  |  |
| 3.4 |  |  |
| 3.5 |  |  |
| 4 | Дополнительные меры социальной поддержки в рамках целевых программ |  |
| 4.1 |  |  |
| 4.2 |  |  |
| 4.3 |  |  |
| 4.4 |  |  |
| 4.5 |  |  |
| Прошу перечислять денежные средства на счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или на почтовое отделение связи N \_\_\_\_\_ ФГУП "Почта России" |

|  |
| --- |
| Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами. |
| Получателем мер социальной поддержки по иным основаниям (федеральный льготный статус) не являюсь. |
| Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменения состава и дохода семьи и др.), обязуюсь сообщить в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно с момента их наступления (нужное подчеркнуть). |
| 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 |