В Комитет социальной защиты населения

 Гатчинского муниципального района

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

 проживающего(щей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, кем и когда выдан)

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

 телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ЗАЯВЛЕНИЕ**

 **Прошу выплатить социальное пособие на погребение в** связи со смертью

моего (моей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (мужа, жены, отца, матери, сестры, брата, сына, дочери и т.д.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество умершего, дата рождения)

Проживавшего(проживавшей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

который (которая) не являлся (не являлась) пенсионером и не подлежал (не подлежала) обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти (не работал).

Погребение умершего осуществлено за мой счет.

Против проверки представленных сведений не возражаю.

Приложение: справка о смерти.

**Подтверждаю**, что сведения, сообщенные мной в настоящем заявлении достоверны, точны и исчерпывающи. Против проверки представленных сведений не возражаю. Предупрежден(а) об ответственности за представление ложных сведений.

**В соответствии с п. 4 ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку моих персональных данных** в целях получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения. Ознакомлен(а), что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Мне известно, что указанные ниже сведения могут быть представлены мною лично или запрошены Комитетом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия для предоставления государственной услуги.

Поручаю Комитету социальной защиты населения **запросить сведения:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование сведений | отметить, если следуетзапросить сведения (указать слово «да»)  | дополнительные сведения для запроса |
| Сведения о том, что умерший не зарегистрирован как лицо, подлежащее обязательному социальному страхованию на случай временной трудоспособности и в связи с материнством. |  |  |
| Сведения из органов внутренних дел о проведении оперативно-розыскных мероприятий по розыску без вести пропавших лиц либо проведения судебно-медицинских экспертиз - в случае, когда погребение умерших осуществлено по истечении шести месяцев со дня смерти по причине проведения оперативно-розыскных мероприятий, а также в случае, когда точная дата смерти не установлена |  |  |
| сведения из органов внутренних дел о том, что личность умершего не установлена, а также разрешение следователя, проводившего соответствующую проверку, на захоронение - в случае погребения умершего, личность которого не установлена органами внутренних дел в определенные федеральным законодательством сроки |  |  |
| сведения о регистрации по месту жительства умершего |  |  |
| сведения, что умерший не являлся пенсионером |  |  |
|  |  |  |

**Поручение на погребение получено на руки.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (подпись заявителя, фамилия, инициалы)

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

*Заполняется специалистом Комитета социальной защиты населения:*

Заявление принято отделом по приему граждан в режиме одного окна КСЗН ГМР:

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г., зарегистрировано под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)