|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | | В КСЗН Гатчинского муниципального района Ленинградской области    **От заявителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя отчество заполняется заявителем)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **От уполномоченного лица/законного представителя** *(нужное подчеркнуть)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (Ф.И.О. законным представителем /уполномоченным лицом)  от имени заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Адрес места жительства заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Снилс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | **З а я в л е н и е** | |
| **Прошу оказать мне (моей семье) государственную социальную помощь в виде (подчеркнуть):**  Единовременной денежной выплаты; единовременной денежной выплаты на частичное возмещение гражданам, являющимся собственниками жилого помещения в многоквартирном доме, расходов по уплате взносов за капитальный **в связи с** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (указать конкретные причины нахождения в трудной жизненной ситуации) **Семья состоит из:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Степень родства** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |

**Имею (-м) следующие доходы** (заявитель указывает также свои доходы):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вид полученного дохода** | **Подтвердить вид дохода** |
| 1. | Доходы, полученные от трудовой деятельности |  |
| 2. | Выплаты социального характера (ежемесячные денежные выплаты, пенсии, пособия, стипендии и пр.) |  |
| 3. | Доходы, полученные от предпринимательской деятельности |  |
| 4. | Доходы, полученные от личного подсобного хозяйства |  |
| 5. | Полученные алименты |  |
| 6. | Доходы, полученные от собственности, в том числе от сдачи имущества в аренду, продажи имущества |  |
| 7. | Прочие полученные доходы: |  |
| 8. |  |  |

**Прошу исключить из общей суммы дохода** выплаченные алименты в сумме\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ коп., удерживаемые по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, Ф.И.О. лица, в пользу которого производятся удержания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Государственную социальную помощь прошу перечислить:**

|  |  |
| --- | --- |
| **В почтовое отделение**, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **В Северо-Западный банк Сбербанка России**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *( номер отделения, филиала, офиса)*  на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать№ счета, а не карты)  ………………………………………………………………………………….……………………  **В другое кредитное учреждение**  **Наименовани**е\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **на счет №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **№ банковской карты**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ИНН**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **БИК**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**К заявлению прилагаю:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование документа, серия, номер** | **количество** |
| 1. | Паспорт серия номер |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |

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 следующие сведения**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование сведений | отметить, если  следует  запросить сведения  (наименование организации) | дополнительные сведения для запроса  (адрес, или другие сведени) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Предупрежден (а)** о том, что при запросе документов (сведений) Комитетом социальной защиты, вопрос предоставления государственной услуги будет рассмотрен после получения сведений.

**Даю 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.

Достоверность указанных сведений подтверждаю. Письменного уведомления о назначении выплаты не требуется. С порядком выплаты государственной социальной помощи ознакомлен(-а).

**Предупрежден(-а**), что при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих прекращение выплаты социальной помощи, предусмотрена уголовная ответственность по [ст. 159.2](consultantplus://offline/ref=567A474E1AB69EF131C68030390F1E477B03AF78578B057C5C6FD3CD6B13F919F79A6C4BF38509tEO) УК РФ.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

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

***Заполняется специалистом, принявшим заявление:***

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

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

Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_