ГОКУ «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МУРМАНСКА»

(наименование государственного областного казенного учреждения – центр социальной поддержки населения)

**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  |  |

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 | Число, месяц,год рождения | Степеньродства | Наименование образовательного учрежденияв 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)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  |
| СНИЛС  |  |

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 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или на почтовое отделение связи № \_\_\_\_\_\_ 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 |