|  |
| --- |
|  В Комитет социальной защиты населения  Гатчинского муниципального района от заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя отчество заполняется заявителем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от законного представителя (уполномоченного лица) *(нужное подчеркнуть)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество заполняется законным представителем (уполномоченным лицом))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от имени заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать фамилию, имя, отчество заявителя)  |
| Адрес места жительства заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)Адрес места пребывания заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – заполняется при первичном обращениителефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги

Прошу назначить ежегодную денежную компенсацию расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним на транспортное средство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, марка транспортного средства)

полученное (приобретенное) бесплатно либо на льготных условиях, приобретенное за полную стоимость (*ненужное зачеркнуть*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата получения, приобретения транспортного средства)

 К заявлению прилагаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа (копии) | Количество документов |
| согласие гражданина на обработку персональных данных |  |
| копию документа, удостоверяющего личность  |  |
| копию свидетельства о рождении  |  |
| копию документа, удостоверяющего наличие гражданства Российской Федерации  |  |
| копию справки медико-социальной экспертизы об инвалидности |  |
| копию паспорта транспортного средства, выписанного на имя инвалида либо законного представителя ребенка-инвалида |  |
| копию страхового полиса обязательного страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства |  |
| копию доверенности  |  |
| копию решения, заключения и разрешения, выдаваемые органами опеки и попечительства в соответствии с законодательством Российской Федерации об опеке и попечительстве, опекунского удостоверения |  |
| копию справки медико-социальной экспертизы о наличии медицинских показаний на обеспечение транспортным средством |  |
| копии документов, подтверждающих проживание по месту жительства или по месту пребывания |  |
| копии свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния (копия свидетельства о перемене имени, свидетельства о заключении брака, свидетельство о рождении) |  |
| копию судебного решения, вступившего в законную силу, заверенную судебным органом |  |
|  |  |
|  |  |

 Согласие гражданина на обработку персональных данных дано мною в орган социальной защиты населения при получении государственной услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать наименование государственной услуги, дату подачи согласия)

Аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям, в других организациях не получаю.

С порядком и условиями предоставления денежной компенсации ознакомлен(а).

Проинформирован(а), что необходимо в письменной форме уведомить орган социальной защиты населения по месту жительства о наступлении указанных ниже обстоятельств, влекущих изменение размера денежной компенсации либо прекращения выплаты денежной компенсации:

1. перемена места жительства*;*
2. изменение номера банковского счета;
3. другие изменения.

Предупрежден(а) о том, что при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение выплаты денежной компенсации, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств в качестве денежной компенсации производится получателем денежной компенсации добровольно, либо указанные средства взыскиваются в судебном порядке.

Денежную компенсацию прошу перечислить *(выбрать нужное и указать)*:

|  |  |
| --- | --- |
| В почтовое отделение, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | В банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(название банка, номер отделения, филиала, офиса)* на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать номер счета, а не карты)(реквизиты кредитного учреждения (за исключением Северо-Западного банка Сбербанка России)): БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

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

 Для предоставления мне государственной услуги поручаю органу социальной защиты населения запросить в рамках межведомственного информационного взаимодействия следующие сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование сведений | отметить, если следуетзапросить сведения (указать слово «да» в графе 2) | дополнительные сведения для запроса |
| 1 | 2 | 3 |
| сведения о наличии медицинских показаний на обеспечение транспортным средством, а также сведения, подтверждающих приобретение (получение) транспортного средства через органы социальной защиты населения |  |  |
| сведения о регистрации по месту жительства  |  |  |
| сведения о регистрации по месту пребывания |  |  |
| сведения о неполучении (прекращении получения) государственной услуги, предусмотренной настоящим административным регламентом, по прежнему месту жительства в Российской Федерации |  |  |

Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) органом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия, вопрос предоставления государственной услуги будет рассмотрен после получения сведений.

Подтверждаю, что сведения, сообщенные мной в настоящем заявлении точны и исчерпывающи.

Прошу орган социальной защиты населения либо МФЦ результаты предоставления государственной услуги (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в органе социальной защиты населения |
|  | выдать на руки в МФЦ |
|  | направить по почте |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО |
|  | информировать устно по телефону  |
|  | информировать на личном приеме |

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

 (подпись) (фамилия, инициалы заявителя, законного представителя, (дата)

 уполномоченного лица *(нужное подчеркнуть*))

Заполняется специалистом органа социальной защиты населения либо МФЦ:

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) в заявлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи, дата)

Заполняется специалистом органа социальной защиты населения

 (в случае подачи заявления и документов через орган социальной защиты населения)

 Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. приняты от (*нужное подчеркнуть*):

- заявителя (представителя заявителя)

- МФЦ

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года и зарегистрированы в журнале регистрации под №\_\_\_\_\_\_\_\_.

Специалист КСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов

 для предоставления государственной услуги

(заполняется специалистом органа социальной защиты населения

в случае приема заявления и документов от заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) органом социальной защиты населения)

Заявление гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_штук принял и зарегистрировал «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Специалист КСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)

Согласие гражданина на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) полностью)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

Документ, удостоверяющий личность (заявителя, уполномоченного лица, законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи « »\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полномочия подтверждены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия уполномоченного лица, законного представителя)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие КСЗН администрации Гатчинского муниципального района

□ на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

□ на обработку персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

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

(указывается фамилия, имя, отчество лица, интересы которого представляет уполномоченное лицо, законный представитель)

с целью получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения, а именно сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с персональными данными заявителя, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован (а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва, указанного в личном заявлении, заполненного в произвольной форме, поданного оператору.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(уполномоченного лица, (подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

законного представителя)

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата приема заявления) (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **Расписка-уведомление**

Принято согласие на обработку персональных данных «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Принял\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)