|  |
| --- |
| В Комитет социальной защиты населения Гатчинского муниципального района Ленинградской области **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Адрес места жительства заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 В соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области от 29.01.2016 № 7 «О единой системе расчета ежемесячных денежных компенсаций части расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг отдельным категориям граждан, внесении изменений в постановление Правительства Ленинградской области от 2 мая 2007 года № 99 и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Ленинградской области» прошу **назначить ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг**.

**Являюсь**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(льготная социальная категория, документ серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

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

 **Ежемесячную денежную компенсацию прошу перечислять**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **С порядком назначения и выплаты ежемесячной денежной компенсации ознакомлен (а).** В случае перемены места жительства, перехода на получение мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по другим основаниям, закрытия банковского счета, обязуюсь сообщить об изменении обстоятельств в орган социальной защиты населения в течение 10-ти дней.

 Уведомление о назначении компенсации не требуется.

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

**Мною предъявлены документы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П/№ | Наименование документа, серия, номер | количество |
| 1 | Паспорт серия номер |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
|  |  |  |

 В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» **прошу запросить** необходимые для назначения ежемесячной денежной компенсации сведения (документы) в рамках межведомственного взаимодействия:

|  |  |
| --- | --- |
|  вид сведений | Сведения для запроса (адрес прежнего места жительства, адрес органа социальной защиты населения по прежнему месту жительства и др.) |
|  |  |
|  |  |

 Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) Комитетом вопрос о назначении

ежемесячной денежной компенсации будет рассмотрен в течение 10-ти рабочих дней **после получения**

запрашиваемых **документов (сведений).**

* **Мне разъяснено,** что выплата компенсации приостанавливается в случае неоплаты жилого

 помещения и (или) коммунальных услуг свыше трех месяцев после предоставления компенсации,

 и восстанавливается с месяца приостановления в случае погашения задолженности либо

заключения соглашения о реструктуризации задолженности по оплате жилого помещения

 и (или) коммунальных услуг.

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

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

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

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

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

Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись) (телефон)