В Комитет социальной защиты населения Гатчинского муниципального района

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество заявителя)

зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса) СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПАСПОРТ | Серия |  | | | Номер |  |
| Дата выдачи |  | | Кем выдан |  | |
|  | | | место рождения: | | | |

Место работы: наименование учреждения, адрес, должность**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В соответствии с областным законом Ленинградской области от 01.03.2005 года № 13 - оз «Об

оплате жилья и коммунальных услуг и мерах социальной поддержки специалистов,

работающих и проживающих в сельской местности и поселках городского типа Ленинградской области»

**прошу назначить (возобновить, прекратить) мне выплату** (нужное почеркнуть)

* **ежемесячную денежную компенсацию части расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг;**
* **ежемесячную денежную компенсацию части расходов по оплате жилого помещения, отопления и освещения (для педагогических работников).**

**а также назначить ежемесячную денежную компенсацию на нетрудоспособных членов моей семьи, совместно со мной проживающим и находящимся на моём иждивении:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Ф. И. О.**  **членов семьи** | **Дата**  **рождения** | **Родственные**  **отношения** | **Факт нахождения**  **на иждивении** | **Льготная**  **категория** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**К настоящему заявлению прилагаю следующие документы и копии:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | Наименование документа | шт. | **№**  п/п | Наименование документа | шт. |
| **1** | документы, подтверждающие проживание в сельской местности или поселке городского типа Ленинградской области и состав семьи |  | **7** | документ о неполучении мер социальной поддержки по оплате ЖКУ по месту жительства |  |
| **2** | копия паспорта |  | **8** | справка с места учебы |  |
| **3** | копия пенсионного удостоверения либо справки о получении (назначении) пенсии |  | **9** | свидетельство о рождении |  |
| **4** | копия трудовой книжки и/или справки о работе в сельской местности и/или поселке городского типа |  | **10** | копия решения суда для членов семьи, признанных недееспособными |  |
| **5** | справка с места работы с указанием даты поступления на работу, занимаемой должности, места нахождения учреждения (организации) и источника ее финансирования |  | **12** | документ о неполучении мер социальной поддержки по оплате ЖКУ по месту жительства |  |
| **6** | документы, содержащие сведения о платежах за ЖКХ и отсутствии задолженности по оплате ЖКХ |  | **12** | документ об иждивении |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Мне известно, что указанные ниже сведения могут быть представлены мною лично или запрошены Комитетом в рамках межведомственного информационного взаимодействия. Поручаю Комитету социальной защиты населения **запросить следующие сведения:**

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

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

\* Меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по другим основаниям не получаю. Члены семьи, находящиеся на моём иждивении, меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по другим основаниям не получают. Достоверность указанных сведений подтверждаю. С порядком выплаты ежемесячной денежной компенсации ознакомлен (-а). В случае: перемены места жительства; увольнения из учреждения, в том числе при переходе на другую должность; перехода на получение аналогичных выплат по другим основаниям; наступления обстоятельств, влекущих изменение размера ежемесячной денежной компенсации, приостановление либо прекращение ее выплаты *обязуюсь сообщить в течение 10-ти дней.*

\* Получатель компенсация, предупрежден (-а) о том, что в случае, если в одном жилом помещении проживают несколько специалистов или проживают граждане, имеющие право на меры социальной поддержки по иным основаниям, **каждые двенадцать месяцев** необходимо предоставлять сведения, подтверждающие их фактические расходы на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, понесенные в течение предыдущих двенадцати месяцев. В случае непредставления документов выплата компенсации будет приостановлена. Ознакомлен(а), что общий объем мер социальной поддержки приходящийся на всех проживающих в одном жилом помещении, не должен превышать их фактических расходов на оплату жилья и коммунальных услуг.

\* Письменного уведомления о назначении не требую. 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.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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)