**В КСЗН Гатчинского муниципального района ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении мер социальной поддержки в виде пособий и компенсаций на ребенка (детей)**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

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

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

(почтовый заявителя с указанием индекса)

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

Категория семьи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу назначить в соответствии с действующим законодательством:  *(нужное–подчеркнуть)*

**1) Единовременное пособие при рождении ребенка *(Областной закон от 01.12.2004 № 103-оз);***

**2) Ежемесячное пособие на ребенка *(Областной закон от 01.12.2004. № 103-оз);***

**3) Ежемесячную компенсацию на полноценное питание (*областной закон от 27.12.2013. № 106-оз):***

**- беременной женщине; - кормящей матери либо на ребенка в возрасте до двух лет;- на ребенка третьего года жизни; (подчеркнуть)**

**4) Ежемесячную денежную компенсацию на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (областной закон от 17.11.2006 № 134-оз);**

**5) Ежегодную денежную компенсацию на детей к школе (областной закон от 17.11.2006 № 134-оз);**

**6)Ежемесячную денежную выплату в случае рождения третьего ребенка и последующих детей (областной закон от 04.10.2012 № 73- оз «Об установлении ежемесячной денежной выплаты семьям в случае рождения третьего и последующих детей»).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  П.п | Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) | Число, месяц и год рождения ребенка (детей) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Представляю следующие документы и копии документов:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п.п | Наименование документа | Кол-во. экземп | №п/п | Наименование документа | Кол-во  экземп. |
|  | копия паспорта |  | 6 | копия договора о приемной семье |  |
|  | копия свидетельства о рождении ребенка |  | 7 | заключение врача для получения ежемесячной компенсации на полноценное питание |  |
| 3. | копия свидетельства о заключении (расторжении) брака |  | 8 | документы о доходах членов семьи |  |
| 4 | документы о проживание с ребенком (детьми) (форма № 8, № 3, №9) |  | 9 |  |  |
| 5 | справка об обучении ребенка в школе |  | 10 |  |  |
| Документы, подтверждающие отсутствие доходов: | | | | | |

**Заявляю, что за период** с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Общая сумма доходов моей семьи, состоящей из: (указывается и заявитель)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п.п | Фамилия, имя, отчество члена семьи \* | число, месяц и год рождения члена семьи | Степень родства |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

составила:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п** | **Вид полученного дохода** | **Сумма дохода**  **(руб., коп.)** | Место получения дохода с указанием работодателя юридического или физического лица, источника выплаты (с указанием почтового адреса) авторского вознаграждения, Ф.И.О. и место жительства плательщика алиментов и пр. |
|  | Доходы, полученные от трудовой дея­тельности |  |  |
|  | Денежное довольствие |  |  |
|  | Выплаты социального характера (пен­сии, пособия, стипендии и пр.) |  |  |
|  | Иные полученные доходы, всего: в том числе: |  |  |
| 5. | Полученные от предпринимательской деятельности |  |  |
| 6. | Полученные от личного под­собного хозяйства |  |  |
| 7. | Алименты |  |  |
| 8. | Доходы, полученные от собственности, в том числе от сдачи имущества в аренду, продажи имущества |  |  |
| 9. | Прочие полученные доходы |  |  |

ИТОГО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи, выплаченные алименты в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ коп., удерживаемые по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, ф.и.о. лица, в пользу которого производятся удержания)

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. С порядком предоставления мер социальной поддержки ознакомлен (а).Обязуюсь не позднее 10-ти дней извещать орган социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на размер и(или) выплату мер социальной поддержки. Предупрежден (а) о том, что при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении мер социальной поддержки предусмотрена уголовная ответственность по ст. 159.2. Уголовного кодекса Российской Федерации. В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие КСЗН ГМР на обработку моих персональных данных** с целью получения мер социальной поддержки в сфере социальной защиты населения. Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.  **Прошу запросить** в соответствии с Федеральным законом услуг» сведения (документы):

|  |  |
| --- | --- |
| Вид сведений | сведения для запроса (адрес регистрации по месту жительства, орган соц защиты населения по месту регистрации, копия паспорта другого родителя и др.) |
| Сведения о неполучении (прекращении) предоставления мер социальной поддержки (*указать вид мер социальной поддержки*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| сведения о размере пенсии и иных выплатах, предоставляемых через территориальные органы Пенсионного фонда РФ и иные органы |  |
| сведения Пенсионного фонда РФ о получении супругом (супругой) компенсационной выплаты по уходу за нетрудоспособным гражданином |  |
| сведения территориального органа Управления Федеральной налоговой службы об отсутствии доходов |  |
| сведения о регистрации по месту жительства |  |
| сведения о регистрации по месту пребывания |  |
|  |  |

**Предупрежден (а**) о том, что при запросе документов (сведений) Комитетом вопрос о назначении выплат будет рассмотрен в течение 10-ти дней после получения запрашиваемых документов (сведений).

Прошу перечислять причитающиеся мне меры социальной поддержки:

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

Уведомление о назначении выплаты прошу *не направлять/ направить*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Фамилия, инициалы)

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

Заявление принято отделом по приему граждан в режиме одногоокна КСЗН ГМР : «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_\_\_г., зарегистрировано под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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