

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на предоставление государственной услуги**

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
место пребывания \_\_\_\_\_  
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)  
гражданство \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

**Заполняется в случае недееспособности лица, имеющего право на получение государственной услуги.**

как законный представитель гражданина \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_,  
место жительства \_\_\_\_\_,  
место пребывания \_\_\_\_\_  
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)  
гражданство \_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_, от имени подопечного:

1. Прошу предоставить по месту \_\_\_\_\_  
(жительства, пребывания)

назначить      получаю

1) ежемесячную денежную выплату на частичное возмещение расходов на оплату жилого помещения, отопления и освещения жилого помещения

↓	↓

2) ежемесячную компенсационную выплату на оплату жилого помещения, отопления и освещения жилого помещения

--	--

3) ежегодную денежную компенсацию расходов на оплату топлива

--	--

по категориям \_\_\_\_\_  
(указать категорию лица, имеющего право на меры социальной поддержки)

**Заполняется в случае если меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг распространяются на совместно проживающих членов семьи**

Прошу предоставлять государственную услугу с учетом членов семьи:

№	Фамилия, имя, отчество	Степень родства	Вид регистрации (по месту жительства, месту пребывания)	Наличие самостоятельного права на меры социальной поддержки на оплату ЖКУ (указать категорию)*

\*При наличии у членов семьи самостоятельного права на меры социальной поддержки, необходимо заполнить приложение № 3 к заявлению.

2. Представляю документы согласно приложению к заявлению

№ 1	№ 2	№ 3
-----	-----	-----

**3. Прошу денежные средства перечислять:** \_\_\_\_\_

(указать наименование кредитной организации и номер счета или номер почтового отделения)

**4. Уведомление о принятом решении прошу** \_\_\_\_\_

(выдать на руки, направить почтовым отправлением, по электронной почте)

**5. Уведомлен**, что за сообщение умышленно ложных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Со статьей 159.2 «Мошенничество при получении выплат» Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен.

**6. Обязуюсь** в течение **1 месяца** после наступления событий, которые влекут за собой изменение в предоставлении мер социальной поддержки (**увольнение с работы; занятие менее 0,5 ставки; изменение должности, вида работы с основного на работу по совместительству, места проживания, основания получения мер социальной поддержки, видов предоставляемых жилищно-коммунальных услуг; прекращение предоставления отдельных видов жилищно-коммунальных услуг, иных обстоятельств**) сообщить об этом уполномоченному органу.

**7. Даю согласие** территориальному органу социальной защиты населения, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру предоставления государственных и муниципальных услуг на обработку моих персональных данных, персональных данных моих несовершеннолетних детей, персональных данных подопечного (*нужное подчеркнуть*), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу в Департамент социальной защиты населения Ивановской области), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне ежемесячных денежных выплат. Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в заявлении и представленных документах.

Согласие действует с момента подачи настоящего заявления до моего письменного отзыва данного согласия.

**8. Уведомлен** о том, что в целях реализации права на получение мер социальной поддержки сведения обо мне, о подопечном, о членах моей семьи, совместно со мной проживающих (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Департаменту финансов Ивановской области, Пенсионному Фонду Российской Федерации.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
--	---------------------

