

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 категории _____
(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
--	---------------------

