

**В территориальный орган  
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
на предоставление государственной услуги**

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
гражданство \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_

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

как законный представитель гражданина \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
гражданство \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_, от имени подопечного:

**прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию в возмещение вреда  
причиненного здоровью в связи с радиационным воздействием вследствие чернобыльской катастрофы либо с выполнением работ  
по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС**

**Я являюсь:** инвалидом вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС; \_\_\_\_\_ (да/нет)  
инвалидом вследствие аварии на п/о «Маяк»; \_\_\_\_\_ (да/нет)  
нетрудоспособным членом семьи, находившимся на иждивении \_\_\_\_\_ (да/нет)  
умершего инвалида;  
членом семьи, потерявшей кормильца из числа граждан, погибших \_\_\_\_\_ (да/нет)  
в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС, умерших вследствие лучевой  
болезни и других заболеваний, возникших в связи с чернобыльской катастрофой  
(на основании части 2 Федерального закона от 12.02.2001 № 5-ФЗ)  
дети первого и второго поколения граждан, указанных в статье 1  
Федерального закона от 26.11.1998 № 175-ФЗ, страдающие заболеваниями вследствие  
воздействия радиации на их родителей \_\_\_\_\_ (да/нет)

-----  
(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление ежемесячной денежной выплаты гр. \_\_\_\_\_  
поступившие \_\_\_\_\_

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность)			
телефон _____			
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Дата получения результата предоставления государственной услуги	Подпись специалиста

--	--	--	--

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.

6. Обязуюсь при возникновении обстоятельств, влияющих на предоставление компенсации, в течение одного месяца сообщить о них в органы, осуществляющие предоставление компенсации по месту жительства.

7. Даю согласие территориальному органу Департамента социальной защиты населения Ивановской области, 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 подопечного, несовершеннолетних членов моей семьи (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 государственной услуги.

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.

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (нужное подчеркнуть) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

-----  
(линия отреза)

**Получатель выплаты** при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение компенсации, в том числе выезд на постоянное место жительства за пределы территории Ивановской области, утрата статуса и других случаях, предусмотренных законодательством, **обязан в 10 дней сообщить** о них в органы социальной защиты населения по месту жительства.

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**Перечень документов, необходимых для предоставления  
государственной услуги**

<b>Перечень документов, необходимых для назначения компенсации инвалидам вследствие чернобыльской катастрофы (инвалидам вследствие аварии на п/о «Маяк»)</b>		<b>Количество документов (шт.)</b>	<b>Дата получения документа (информации) органом, ведущим прием документов</b>
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>			
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя и его место жительства			
2. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя		
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя		
3. Копия специального удостоверения инвалида (с предъявлением оригинала)			
4. Копия справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы (далее по тексту – бюро МСЭ), подтверждающей факт установления инвалидности (с предъявлением оригинала)			
5. Копия заключения межведомственного экспертного совета или военно-врачебной комиссии о причинной связи инвалидности с радиационным воздействием или с работами по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы (с предъявлением оригинала)			

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

<b>Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно</b>			
6. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		
7. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, сменивших место жительства внутри Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячной денежной компенсации сформирован:**

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

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

**Перечень документов, необходимых для предоставления  
государственной услуги**

Перечень документов, необходимых для назначения компенсации нетрудоспособным членам семьи, находившимся на иждивении умершего инвалида	Количество документов (шт.)	Дата получения документа (информации) органом, ведущим прием документов
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>		
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя и его место жительства		
2. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя	
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя	
3. Копия свидетельства о смерти кормильца (с предъявлением оригинала)		
4. Копия документ(а)в, подтверждающ(его)их родственные отношения с умершим получателем (с предъявлением оригинала)		
5. Документы, подтверждающие наличие нетрудоспособных иждивенцев (копии свидетельства о рождении детей, пенсионного удостоверения, справки об установлении инвалидности, трудовой книжки и другие)		
6. Справка о гражданах, зарегистрированных по месту жительства совместно с заявителем (справка о составе семьи)		
7. Копия документа, подтверждающего факт нахождения на иждивении (кроме детей)		

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

<b>Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно</b>			
8. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		
9. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, сменивших место жительства внутри Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячной денежной выплаты сформирован:**

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

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

## Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги

Перечень документов, необходимых для назначения компенсации нетрудоспособным членам семьи, потерявшим кормильца из числа граждан, погибших в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС, умерших вследствие лучевой болезни и других заболеваний, возникших в связи с чернобыльской катастрофой, на основании части второй статьи 2 Федерального закона от 12.01.2001 № 5-ФЗ	Количество документов (шт.)	Дата получения документа (информации) органом, ведущим прием документов
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>		
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя и его место жительства		
2. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя	
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя	
3. Копия свидетельства о смерти кормильца (с предъявлением оригинала)		
4. Справка о гражданах, зарегистрированных по месту жительства совместно с заявителем (справка о составе семьи)		
5. Копия документ(а)в, подтверждающ(его)их родственные отношения с умершим получателем (с предъявлением оригинала)		
6. Документы, подтверждающие наличие нетрудоспособных иждивенцев (копии свидетельства о рождении детей, пенсионного удостоверения, справки об установлении инвалидности, трудовой книжки и другие)		
7. Копия заключения межведомственного экспертного совета или военно-врачебной комиссии о связи смерти (гибели) кормильца с последствиями чернобыльской катастрофы (с предъявлением оригинала)		
8. Справка о том, что один из родителей, супруг (супруга) либо другой член семьи независимо от его возраста и трудоспособности занят уходом за детьми, братьями, сестрами, внуками умершего кормильца, не достигшими возраста 14 лет, либо хотя и достигшими указанного возраста, но по заключению учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы или лечебно-профилактических учреждений государственной системы здравоохранения признанными нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе, и не работает		
9. Справка учебного заведения о том, что имеющий право на получение ежемесячной денежной суммы член семьи умершего кормильца учится в этом учебном заведении по очной форме обучения		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

<b>Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно</b>			
10. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		
11. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, сменивших место жительства внутри Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячной денежной компенсации сформирован:**

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

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)



**Перечень документов, необходимых для предоставления  
государственной услуги**

<p align="center"><b>Перечень документов, необходимых для назначения компенсации детям первого и второго поколения граждан, указанных в статье 1 Федерального закона от 26.11.1998 № 175-ФЗ «О социальной защите Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на п/о «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча»</b></p>	<p align="center"><b>Количе ство докумен тов (шт.)</b></p>	<p align="center"><b>Дата получения документа (информа ции) органом, ведущим прием документов</b></p>
<p align="center"><b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b></p>		
<p>1. Документ, удостоверяющего личность заявителя и его место жительства</p>		
<p>2. В случае если обращается представитель заявителя:</p>	<p>доверенность на представителя заявителя</p>	
	<p>документ, удостоверяющий личность представителя заявителя</p>	
<p>3. Копия свидетельства о рождении ребенка (с предъявлением оригинала)</p>		
<p>4. Копия документ(а)в, подтверждающ(его) факт отнесения ребенка к первому или второму поколению граждан, указанных в статье 1 Федерального закона от 26.11.1998 №175-ФЗ (с предъявлением оригинала)</p>		
<p>5. Копия заключения межведомственного экспертного совета или военно-врачебной комиссии о заболевании ребенка вследствие воздействия радиации на их родителей (с предъявлением оригинала)</p>		

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

<b>Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно</b>			
6. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		
7. Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, сменивших место жительства внутри Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячной денежной компенсации сформирован:**

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

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)