

**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 \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_,  
**от имени подопечного:**

**прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию расходов на  
автомобильное топливо по категории \_\_\_\_\_**  
(указать категорию лица, имеющего право на компенсацию,)

Ежемесячную денежную компенсацию расходов на автомобильное топливо ранее получал/  
(не получал) \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)  
(указать где и когда получал компенсацию)

(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление ежемесячной денежной компенсации  
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. Прошу денежные средства перечислять: \_\_\_\_\_

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

3. Уведомление о принятом решении прошу \_\_\_\_\_

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

4. 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.

5. Обязуюсь в течение 10 дней с момента возникновения обстоятельств, влияющих на предоставление государственной услуги: смене места жительства, утрате статуса, смене паспорта, номера счета в кредитной организации и другие сообщить в органы, осуществляющие предоставление государственной услуги по месту жительства.

6. Даю согласие территориальному органу Департамента социальной защиты населения Ивановской области, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», 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.

7. Уведомлен о том, что в целях реализации права на получение государственной услуги сведения обо мне, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты РФ, Пенсионному фонду РФ, Министерству финансов РФ, Министерству внутренних дел РФ, в Единую государственную информационную систему социального обеспечения и другие в целях получения необходимой информации для реализации права на государственную услугу

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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 ( <i>нужное подчеркнуть</i> ) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

-----  
(линия отреза)

**Получатель выплаты обязан в течение 10 дней с момента возникновения обстоятельств, влияющих на предоставление ежемесячной денежной компенсации: смена места жительства, смена паспорта, изменение номера счета в кредитной организации, утрата статуса и других обстоятельствах сообщить о них в орган социальной защиты населения по месту назначения ежемесячной денежной компенсации.**

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

## Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги

Перечень документов, необходимых для назначения ежемесячной денежной выплаты	Количе ство докумен тов (шт.)	Дата получения документа (информа ции) органом, ведущим прием документов
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>		
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя: паспорт гражданина Российской Федерации, паспорт иностранного гражданина, иной документ, установленной федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, служебное удостоверение		
2. Документ, подтверждающий статус Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации или полного кавалера ордена Славы удостоверение (книжка) Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации либо грамота о присвоении звания Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации (для граждан, удостоенных званий Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации); удостоверение (орденская книжка) к государственной награде СССР, государственной награде Российской Федерации (для граждан Российской Федерации, награжденных орденом Славы трех степеней)		
3. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представление интересов заявителя	
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя	
4. Для заявителей, у которых в документе, удостоверяющего личность, отсутствует отметка о регистрации по месту жительства	копия вступившего в силу решения суда об установлении места жительства на территории Ивановской области	
	копия решения уполномоченного органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства) или вступившего в силу решения суда	

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

<b>Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно</b>			
4. Для заявителей, у которых в документе, удостоверяющего личность, отсутствует отметка о регистрации по месту жительства	справка (информация) о регистрации заявителя по месту жительства в Ивановской области		
5. Для заявителей, получавших ежемесячную денежную компенсацию, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) ежемесячной денежной компенсации		
6. Для заявителей, получавших ежемесячную денежную компенсацию, сменивших место жительства внутри Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) ежемесячной денежной компенсации		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

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



**Журнал запрошенных консультаций**

---

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Контактный телефон	Содержание обращения	Ответ должен быть дан по телефону / в письменном виде/	Ф.И.О. должностного лица, давшего ответ	Дата представления ответа*
1	2	3	4	5	6	7	8	9

\*При желании заявителя получить консультацию по телефону, консультирование осуществляется не позднее дня, следующего за днем обращения за консультацией. При желании заявителя получить консультацию в письменном виде, консультирование осуществляется письменно в течение 5 рабочих дней со дня обращения за консультацией.

**Журнал регистрации обращений граждан**

---

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Содержание обращения	Результат	Требует ли обращение письменного ответа	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8



**Журнал предварительной записи граждан**

---

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Назначаемая дата приема	Время приема	Номер кабинета	Причина обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

(наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о предоставлении ежемесячной денежной компенсации  
расходов на автомобильное топливо**Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

предоставить ежемесячную денежную компенсацию по категории \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ (указать наименование категории)  
в размере \_\_\_\_\_ руб.Направление выплаты \_\_\_\_\_  
(почта или кредитная организация)М.П. Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)Решение подготовил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО) (должность)Решение проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО) (должность)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

**Уведомление о принятом решении**\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_  
(Адрес)**На основании Вашего заявления и представленных документов принято решение о назначении Вам ежемесячной денежной компенсации расходов на автомобильное топливо по категории \_\_\_\_\_****с \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб. Выплату можно получить**

(указать на почте или в банке, и в какой срок)

**Обращаем Ваше внимание**, что при возникновении обстоятельств, влияющих на предоставление ежемесячной денежной компенсации, Вы обязаны в течение 10 дней сообщить о них в территориальные органы социальной защиты населения.**Информируем:**

Основанием для прекращения предоставления государственной услуги является: выезд получателя на постоянное место жительства за пределы территории Ивановской области; установление факта недостоверности сведений, представленных получателем для предоставления услуги, утрата статуса, утрата права на получение компенсационной выплаты и другие.

**Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

 (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
об отказе в предоставлении ежемесячной денежной компенсации расходов на  
автомобильное топливо**

Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**отказать в назначении** ежемесячной денежной компенсации по категории \_\_\_\_\_  
**по следующим причинам:** \_\_\_\_\_  
(указать причины)

М.П. Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Руководитель филиала ОКГУ \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Решение подготовил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)

-----  
(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

**Уведомление о принятом решении**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов  
**принято решение об отказе в предоставлении Вам ежемесячной денежной компенсации  
расходов на автомобильное топливо в связи с** \_\_\_\_\_

**Информируем:**

Решение может быть обжаловано в досудебном (внесудебном) и судебном порядке.

Телефон руководителя территориального органа социальной защиты населения

Дополнительная информация о мерах социальной поддержки размещена на  
региональном портале государственных и муниципальных услуг (функций) Ивановской  
области» ([www.rgu.ivanovoobl.ru](http://www.rgu.ivanovoobl.ru)) и на сайте Департамента социальной защиты населения  
Ивановской области ([www.szn.ivanovoobl.ru](http://www.szn.ivanovoobl.ru))

Телефон бесплатной горячей линии Департамента социальной защиты населения  
Ивановской области: 8-800-100-16-60.

**Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа)**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о прекращении предоставления ежемесячной денежной компенсации расходов на  
автомобильное топливо**Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**прекратить** предоставление ежемесячной денежной компенсации

с \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**по следующим причинам:** \_\_\_\_\_  
(указать причины)

М.П.	Руководитель территориального органа социальной защиты населения или лицо, уполномоченное на принятие решений	_____	_____
		(подпись)	(ФИО)
	Руководитель филиала ОГКУ	_____	_____
		(подпись)	(ФИО)
Решение подготовил	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
	(подпись) (ФИО)	(должность)	
Решение проверил	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
	(подпись) (ФИО)	(должность)	

-----  
(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

**Уведомление о принятом решении**\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_  
(Адрес)**Принято решение о прекращении предоставления Вам ежемесячной денежной  
компенсации в связи с \_\_\_\_\_**  
(причина прекращения)**Информируем:**

Решение может быть обжаловано в досудебном (внесудебном) и судебном порядке.

Телефон руководителя территориального органа социальной защиты населения \_\_\_\_\_

Дополнительная информация о мерах социальной поддержки размещена на Портале государственных и муниципальных услуг Ивановской области [uslugi.ivanovoobl.ru](http://uslugi.ivanovoobl.ru) и на сайте Департамента социальной защиты населения Ивановской области – [ivszn.ru](http://ivszn.ru).

Телефон бесплатной горячей линии Департамента социальной защиты населения Ивановской области: 8-800-100-16-60.

**Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Приложение 9  
к Административному регламенту  
**В территориальный орган  
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на изменение выплатных реквизитов**

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

**Прошу ежемесячную денежную компенсацию:**

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление на изменение выплатных реквизитов на предоставление ежемесячной денежной компенсации 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	Подпись специалиста

