

**Адреса территориальных органов социальной защиты населения, филиалов областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», адреса электронной почты, телефоны, графики работы**

	<b>Наименование территориального органа Департамента социальной защиты населения, филиала областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»</b>	<b>Адреса, справочные телефоны</b>	<b>График работы с населением</b>
1	Территориальное управление социальной защиты населения по городскому округу Вичуга и Вичугскому муниципальному району Вичугский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155331, г. Вичуга, ул. 50 лет Октября, д. 13; тел. (8-49354) 2-51-14, 2-10-84 факс (8-49354) 2-03-81; Эл. адрес: vichuga_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00 пятница с 9.00 до 16.45 перерыв с 13.00 до 13.45
2	Территориальное управление социальной защиты населения по городу Иванову Филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения» по городу Иванову	ул. Строительная д. 5; тел. 32-51-59, 32-74-20 факс 48-25-45 Эл. адрес: ivanovo_szn@gov37.ivanovo.ru  Адрес:153000, г. Иваново, ул. Богдана Хмельницкого, д. 4; тел.32-71-07, 30-73-74 факс 32-71-07 Эл. адрес: ivsubsidii@mail.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45 Клиентская служба : Понедельник - четверг с 8.30 до 18.00, пятница с 8.30 до 16.45, без перерыва на обед
3	Территориальное управление социальной защиты населения по городскому округу Кинешма и Кинешемскому муниципальному району Кинешемский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов	Адрес: 155800, г. Кинешма, ул. Фрунзе, д. 6, тел. (8-49331) 5-31-35, факс (8-49331) 5-74-70; Эл. адрес: Usznkin@mail.ru; kineshma_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45 (дежурный специалист ведет прием граждан с 8.00)

	социальной защиты населения»		
4	Территориальное управление социальной защиты населения по городскому округу Кохма и Ивановскому муниципальному району	Адрес: 153003, г. Иваново, ул. Строительная, д. 5 тел. 30-88-01, факс: 32-91-10 Эл. адрес: ivrn_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
	Филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения» по городскому округу Кохма и Ивановскому муниципальному району	Адрес: 153511, г. Кохма, ул. Машиностроительная, д. 21; тел. (факс) 55-26-44; Эл. адрес: kohma_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
5	Территориальное управление социальной защиты населения по городскому округу Тейково и Тейковскому муниципальному району Тейковский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155040, г. Тейково, ул. Октябрьская, д. 2; тел. руководителя (8-49343) 2-16-42 тел. (8-49343) 2-27-88, 2-37-24 факс (8-49343) 2-24-36; Эл. адрес: teikovo_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45 (дежурный специалист ведет прием в рабочие дни ежедневно с 8.00)
6	Территориальное управление социальной защиты населения по городскому округу Шуя и Шуйскому муниципальному району Шуйский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155900, г. Шуя, ул. Ленина, д. 32; тел. (8-49351) 3-25-88, 4-13-65; факс (8-49351) 4-14-97; Эл. адрес: shuja_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
7	Территориальное управление социальной защиты населения по Гаврилово-Посадскому муниципальному району Гаврилово – Посадский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155000г. Гаврилов Посад, ул. 3 Интернационала, д. 10; тел. (8-49355) 2-17-72, 2-15-75 факс (8-49355) 2-06-06; Эл. адрес: gavposad_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
8	Территориальное управление социальной защиты населения	Адрес: 155410, г. Заволжск,	Понедельник - четверг

	<p>по Заволжскому муниципальному району</p> <p>Заволжский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»</p>	<p>ул. Социалистическая, д. 24;  тел. (8-49333) 2-10-70,  факс (8-49333) 2-10-14;  Эл. адрес:  zavoljsk_szn@gov37.ivanovo.ru</p>	<p>с 9.00 до 18.00, пятница  с 9.00 до 16.45,  перерыв с 13.00 до 13.45</p>
9	<p>Территориальное управление социальной защиты населения по Ильинскому муниципальному району</p> <p>Ильинский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»</p>	<p>Адрес: 155060, п. Ильинское-Хованское,  ул. Советская, д. 2;  тел. (8-49353) 2-11-42  факс (8-49353) 2-10-43  Эл. адрес: iljin_szn@gov37.ivanovo.ru</p>	<p>Понедельник - четверг  с 9.00 до 18.00, пятница  с 9.00 до 16.45,  перерыв с 13.00 до 13.45</p>
10	<p>Территориальное управление социальной защиты населения по Комсомольскому муниципальному району</p> <p>Комсомольский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»</p>	<p>Адрес: 155150, г. Комсомольск,  пер. Торговый, д. 2;  тел. (8-49352) 4-17-89; 4-13-64;  факс (8-49352) 4-19-54  Эл. адрес: koms-szn@mail.ru;  komsomolsk_szn@gov37.ivanovo.ru</p>	<p>Понедельник - четверг  с 9.00 до 18.00, пятница  с 9.00 до 16.45,  перерыв с 13.00 до 13.45</p>
11	<p>Территориальное управление социальной защиты населения по Лежневскому муниципальному району</p> <p>Лежневский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»</p>	<p>Адрес: 155120, п. Лежнево,  ул. Октябрьская, д. 32;  тел. (8-49357) 2-14-02; 2-17-79  Эл. адрес:  legnevo_szn@gov37.ivanovo.ru</p>	<p>Понедельник - четверг  с 9.00 до 18.00, пятница  с 9.00 до 16.45,  перерыв с 13.00 до 13.45</p>
12	<p>Территориальное управление социальной защиты населения по Лухскому муниципальному району</p> <p>Лухский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»</p>	<p>Адрес: 155270, п. Лух,  ул. Первомайская, д. 101;  тел. руководителя (8-49344) 2-12-85  тел. (8-49344) 2-12-42,  факс (8-49344) 2-17-34;  Эл. адрес: luh_szn@gov37.ivanovo.ru</p>	<p>Понедельник - четверг  с 9.00 до 18.00, пятница  с 9.00 до 16.45,  перерыв с 13.00 до 13.45</p>

13	Территориальное управление социальной защиты населения по Палехскому муниципальному району Палехский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155620, п. Палех, ул. Ленина, д. 1(здание администрации); тел. (8-49334) 2-11-03, 2-16-04 факс (8-49334) 2-19-41; Эл. адрес: paleh_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
14	Территориальное управление социальной защиты населения по Пестяковскому муниципальному району Пестяковский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155650, п. Пестяки, ул. Карла Маркса, д. 20; тел. (8-49346) 2-11-48, факс (8-49346) 2-14-72; 2-13-80 Эл. адрес: pestyaki_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
15	Территориальное управление социальной защиты населения по Приволжскому муниципальному району Приволжский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155550, г. Приволжск, пер. Коминтерновский, д. 2; тел. (8-49339) 3-18-09; Эл. адрес: privoljsk_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 8.30 до 18.00, пятница с 8.30 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
16	Территориальное управление социальной защиты населения по Пучежскому и Верхнеландеховскому муниципальным районам Филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения» по Пучежскому и Верхнеландеховскому районам	Адрес: 155360, г. Пучеж, ул. Ленина, д. 27; тел. (8-49345) 2-11-36; факс (8-49345) 2-11-36 Эл. адрес: vlandeh_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
17	Территориальное управление социальной защиты населения по Родниковскому муниципальному району Родниковский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр	Адрес: 155250, г. Родники, ул. Советская, д.10; тел. (8-49336) 2-16-82, факс (8-49336) 2-37-08; Эл. адрес: rodniki_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45

	по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»		
18	Территориальное управление социальной защиты населения по Савинскому муниципальному району Савинский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155710, п. Савино, ул. Первомайская, д. 12; тел. (8-49356) 9-10-88, факс (8-49356) 9-16-65; Эл. адрес: savino_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
19	Территориальное управление социальной защиты населения по Фурмановскому муниципальному району Фурмановский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155520, г. Фурманов, ул. Колосова, д. 25; тел. (8-49341) 2-22-90, факс (8-49341) 2-02-67; Эл. адрес: furmanov_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
20	Территориальное управление социальной защиты населения по Южскому муниципальному району Южский филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155630, г. Южа, ул. Советская, д. 23; тел. (факс) (8-49347) 2-13-02; Эл. адрес: uga_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45
21	Территориальное управление социальной защиты населения по Юрьевоцкому муниципальному району Юрьевоцкий филиал областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения»	Адрес: 155453, г. Юрьевоц, ул. Советская, д. 42; тел., (8-49337) 2-12-91, факс (8-49337) 2-13-35; Эл. адрес: urevec_szn@gov37.ivanovo.ru	Понедельник - четверг с 9.00 до 18.00, пятница с 9.00 до 16.45, перерыв с 13.00 до 13.45

**Адреса  
многофункциональных центров предоставления  
государственных и муниципальных услуг, адреса электронной почты,  
телефоны, график работы**

<b>Наименование многофункционального центра</b>	<b>Адреса, справочные телефоны, адреса электронной почты</b>	<b>График работы с населением</b>
Муниципальное казенное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в городе Иванове»	153013, Ивановская область, г. Иваново, ул. Куконковых, д. 144а (Ленинский район), 8 (915) 8321685, 8(4932)41-60-85, ivinf@mail.ru 153002, Ивановская область, г. Иваново, просп. Ленина, д. 108 (Октябрьский район) ТЦ "Купеческий", 8(4932)59-48-40, 8(4932)41-60-85, ivinf@mail.ru	понедельник, вторник, четверг с 9.00 до 17.00, среда с 9.00 до 20.00, пятница с 9.00 до 16.00 понедельник, вторник, четверг с 9.00 до 17.00, среда с 9.00 до 20.00, пятница с 9.00 до 16.00
Областное государственное бюджетное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»	153038, Ивановская область, г. Иваново, ул. Лежневская, д. 55, ТРК "Тополь", 8(4932)93-30-79, 8(4932)93-30-80, ogbumtc,ivanovoobl.ru	понедельник, вторник, четверг с 10.00 до 18.00, среда с 10.00 до 20.00, пятница с 10.00 до 16.45, суббота с 10.00 до 16.00
Муниципальное бюджетное учреждение городского округа Вичуга «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»	155332, г. Вичуга, ул. Большая Пролетарская, д.8, 8(49354) 3-01-57, факс 8(49354)3-01-76, mfc-vichuga@mail.ru	Понедельник: 8.00-18.00, Вторник: 8.00-18.00, Среда: 8.00-18.00, Четверг: 10.00-20.00, Пятница: 8.00-18.00, Суббота: 9.00-13.00
Муниципальное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг городского округа Кинешма»	155800, Ивановская область, г. Кинешма, ул. Островского, д.8, 8(49331) 5-60-45, mfc-kineshma@yandex.ru	понедельник, среда, четверг, пятница с 8.00 до 18.00, вторник с 8.00 до 20.00, суббота с 8.00 до 13.00
	155826, Ивановская область, Кинешемский район, село Батманы, ул. Центральная, д.4, 8(49331)5-21-16, 8(49331)5-21-18	Четверг с 9.00 до 13.00
	155828, Ивановская область, Кинешемский район, село Шилекша, ул. Центральная, д.37, 8(49331)9-04-44, 8(49331)2-75-80	Четверг с 9.00 до 13.00
	155824, Ивановская область, Кинешемский район, деревня Горки, ул. Завражная, д.52, 8(49331)3-82-14	Пятница с 9.00 до 13.00
	155843, Ивановская область, Кинешемский район, деревня Ласкариха, ул. Садовая, д.12, 8(49331)2-83-40	Четверг с 9.00 до 13.00
	155830, Ивановская область, Кинешемский район, городское поселение Наволоки, ул. Ульянова, д.6а, 8(49331)9-79-11 добавочный 207	Понедельник с 8.30 до 15.00, Вторник с 8.30 до 16.00
	155840, Ивановская область, Кинешемский район, село Решма, ул. Ленина, д.12, 8(49331)3-80-12	Вторник с 9.00 до 15.30, Среда с 9.00 до 15.30
	155838, Ивановская область, Кинешемский район, деревня Луговое, ул. Молодежная, д.7, 8(49331)9-93-80	Пятница с 8.30 до 12.30
Муниципальное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» городского округа Кохма	153510, Ивановская обл., г. Кохма, ул. Октябрьская, д. 38, 8(4932)49-20-21; 8(4932)49-65-77, mfc.mail@yandex.ru	Летний график приема граждан (с 1 июня по 31 августа) Понедельник – четверг 08.30 – 16.30 Пятница 08.30 – 15.30, График приема граждан (с 1 сентября по 31 мая) Понедельник, вторник, четверг 08.30 – 16.30 Среда 08.30 – 19.30 Пятница 08.30 – 15.30

		1-я и 3-я субботы 08.30 – 13.30
Муниципальное бюджетное учреждение городского округа Тейково "Многофункциональный центр предоставления муниципальных и государственных услуг"	155048, Ивановская область, г. Тейково, д. 11, 8 (49343) 4-15-20, mbu/mfc@mail.ru	понедельник-четверг 8.00 - 17.00, пятница 8.00 - 16.00
Муниципальное казенное учреждение "Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг"	155520, Ивановская область, г. Фурманов, ул. Колосова, д. 25, 8 (49341)2-13-16, curg-furm@yandex.ru	понедельник-пятница с 8.00 до 17.00
Муниципальное автономное учреждение городского округа Шуя «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»	155901, Ивановская область, г. Шуя, ул. 1-я Московская, д. 56, оф. 1., 8 (49351) 60-333, Факс.: 8 (49351) 60-344, mfc-shuya@mail.ru	понедельник – среда с 8.30 до 17.00 четверг с 8.30 до 18.00 пятница с 8.30 до 16.00 перерыв с 12:00 до 12:30
Муниципальное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Пучежском муниципальном районе»	155360, Ивановская область, г.Пучеж, ул. Максима Горького, д.16, 8(49345)2-22-34, 8(49345) 2-22-14, puchmfc@gmail.com	Понедельник - пятница с 09.00 до 17.00 без перерыва.
Муниципальное бюджетное учреждение «Верхнеландеховский многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг «Мои документы»	155210, Ивановская область, пос. Верхний Ландех, ул.Комсомольская, д.6, 8(493-49)2-14-45, 8(49349) 2-15-02, mfclandeh@yandex.ru	Понедельник - пятница с 09.00 до 17.00, перерыв: с 12.00 до 13.00
Муниципальное казённое учреждение «Гаврилово-Посадский многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг «Мои документы»	155000 Ивановская область, г. Гаврилов Посад, ул. Советская, д. 20, 8(49355) 2-88-05; 8(49355) 2-88-06, mfcgp@yandex.ru	понедельник-пятница: 08.00 – 16.30, перерыв: 12.00 - 13.00
Муниципальное учреждение "Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Заволжского муниципального района»	155410, Ивановская область, г. Заволжск, ул. Мира, д. 1, 8(49333)6-00-23, 8(49333)6-00-24, 8(49333)6-00-25, mfczav37@mail.ru	понедельник - четверг с 8.00 до 17.00, пятница с 8.00 до 15.45
Муниципальное казенное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Ильинского муниципального района»	155060, Ивановская область, Ильинский район, п.Ильинское-Хованское, ул. Советская, д.2, 8(49353) 2-20-47, mfc.ilinskoe@mail.ru	Понедельник – пятница с 9.00 до 16.00, перерыв 13.00-14.00
Муниципальной бюджетной учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Комсомольского муниципального района»	155150 Ивановская область, г. Комсомольск, ул. Пионерская, д.3, 8(49352) 2- 10-53, mfc.komsomolsk@mail.ru	понедельник - пятница 09.00-18.00, перерыв 13.00-14.00
Муниципальное казенное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Лежневского муниципального района	155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. Октябрьская, д. 32, 8(49357)2-10-66, mfcleghnevo@mail.ru	Понедельник: 9.00 – 17.00 Вторник – четверг: 9.00 – 18.00 Пятница: 9.00 – 17.00
Муниципальное бюджетное учреждение «Лухский многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»	153270, Ивановская область, поселок Лух, ул. Первомайская, д.1а, 8(493-44)2-10-83, mfc-luh@yandex.ru	понедельник-пятница с 9.00 до17.00, перерыв с 13.00 до 14.00
Муниципальное бюджетное учреждение «Палехский многофункциональный центр	155620, Ивановская область, п. Палех, ул. Ленина, д. 1, 8(49334) 2-14-23, mfc-paleh@bk.ru	ул. Ленина, д. 1, п. Палех Понедельник - Четверг 08.00-17.00

предоставления государственных и муниципальных услуг «Мои Документы»		Пятница 08.00-15.45 ул.Центральная, д.28, с.Майдаково Понедельник- Пятница 10.00-12.00 д.24, д.Раменье Понедельник- Пятница 10.00-12.00 ул.Центральная, д.21, д.Паново Среда 10.00-12.00
Наименование: муниципальное бюджетное учреждение «Пестяковский центр предоставления государственных и муниципальных услуг «Мои Документы»	55650, Ивановская область, Пестяковский район, п.Пестяки, ул.Ленина, д.18, 8(49346)2-14-50, 8(49346)2-09-68, 8(49346)2-09-67, mfc3712@bk.ru	понедельник – пятница с 8.00-17.00, перерыв с 13.00-14.00
Муниципальное казенное учреждение Приволжского муниципального района «Управление делами» - «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»	155550, Ивановская область, г. Приволжск, ул. Революционная, д.63, 8(49339)2-16-07, mfc_priv@privadmin.ru	понедельник-пятница с 8.00 до 18.00
Муниципальное бюджетное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Родниковского муниципального района «Мои документы»	155250 Ивановская область г. Родники ул. Советская д. 20Д, 8(49336)2-50-27, 89109944774, mfc_rodniki37@mail.ru	Понедельник 8.00 - 17.00 Вторник 8.00 - 18.00 Среда 8.00 - 17.00 Четверг 8.00 - 18.00 Пятница 8.00 - 17.00 Каждая вторая суббота месяца 8.00 - 12.00
Муниципальное учреждение Савинского муниципального района "Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг"	155710, Ивановская область, п. Савино, ул. Первомайская, д. 22, 8 (49356)9-27-20, savinomfc@yandex.ru	понедельник-пятница с 8.00 до 17.00
Муниципальное бюджетное учреждение «Южский многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг «Мои документы»	155630, Ивановская область, г. Южа, Глушицкий проезд, д.4, 8(49347)2-09-47 8(49347)2-09-43 тел/факс, mfc@yuzha.ru	понедельник, вторник, среда, четверг с 8.00 до 17.00 пятница с 8.00 до 15.30, кроме того осуществляется прием граждан в сельских поселениях: вторник с 9.00 до 13.00 - с. Холуй среда с 9.00 до 13.00 - с. Хотимль четверг с 9.00 до 13.00 - с. Талицы
Муниципальное казенное учреждение "Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг "Мои документы" Юрьеvecкого муниципального района Ивановской области"	155453, Ивановская область, г. Юрьеvec, ул. Тарковского, д.1а, 8(49337) 2-19-01, mfcyurevets@mail.ru	понедельник, вторник ,четверг с 10.00 до 17.00; среда с 10.00 до 19.00, пятница с 10.00 до 16.00, суббота с 10.00 до 13.00



**В территориальный орган  
социальной защиты населения**

**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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт \_\_\_\_\_  
(не получаю, получаю и льготный статус)  
номер телефона \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_  
номер лицевого счета в квитанции по уплате взноса на капитальный ремонт \_\_\_\_\_

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

**1. Прошу предоставить компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт по адресу:** \_\_\_\_\_  
(места жительства, места пребывания)

**Совместно со мной зарегистрированы члены моей семьи\*:**

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

\*Компенсация расходов на уплату взноса на капитальный ремонт предоставляется в случае если заявитель проживает в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста.

2. Представляю документы согласно приложению к заявлению

№ 1

№ 2

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(а), 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 в течение 14 дней** после наступления событий, которые влекут за собой изменение размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт либо прекращение права на ее получение (изменение места жительства (пребывания), состава семьи, площади занимаемого жилого помещения, основания предоставления компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), изменения или прекращения права собственности на жилое помещение, трудоустройства получателя или членов его семьи, обнаружения недостоверности представленных ранее документов или иных обстоятельств), **представить уполномоченному органу документы, подтверждающие такие события.**

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 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, региональный фонд капитального ремонта и владельцам специальных счетов), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт.

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(а) о том, что в целях реализации права на получение **компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт** 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, региональному фонду капитального ремонта и владельцам специальных счетов, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерству строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации, сведения о предоставляемых мне мерах социальной поддержки – в единую государственную информационную систему социального обеспечения.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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

### Перечень документов, необходимых для предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт

Перечень документов, необходимых для предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт	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 членов семьи заявителя), возраст		
2. Документ, содержащий сведения о лицах, зарегистрированных совместно с заявителем по месту жительства (пребывания)		
3. Для заявителей, обращающихся за предоставлением компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт по месту пребывания - справка (информация) о регистрации по месту пребывания		
4. Документ, подтверждающий право собственности заявителя на жилое помещение, в котором он зарегистрирован по месту жительства (пребывания) и за которое производится уплата взноса на капитальный ремонт, в случае, если документ не зарегистрирован в Росреестре		
5. Документы, подтверждающие факт уплаты взноса на капитальный ремонт и отсутствие задолженности по уплате взноса на капитальный ремонт, за месяц, предшествующий месяцу подачи заявления, а при наличии задолженности - соглашение о её погашении		
6. Трудовая книжка заявителя (и членов семьи заявителя) или выписка из индивидуального лицевого счета застрахованного лица на основании сведений индивидуального (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования		
7. Документы, удостоверяющие личность члена семьи заявителя, содержащие сведения об их возрасте и документы, подтверждающие родство (свойство) лиц, проживающих совместно с заявителем, к членам его семьи		
8. Согласие на обработку персональных данных		
9. При временном убытии члена семьи заявителя – документ, подтверждающий временную регистрацию по другому адресу		
10. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя	
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя	

(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление **компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт** гр. \_\_\_\_\_, поступившие \_\_\_\_\_  
(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

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

**Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно**

11. документ, содержащий сведения о регистрации заявителя и членов его семьи по месту жительства (пребывания), и документ о лицах, зарегистрированных совместно с заявителем по месту жительства (пребывания)		
12. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС)		
13. Документ, подтверждающий право собственности заявителя на жилое помещение	в случае, если документ выдан Росреестром	
14. Документы (информация) о неполучении заявителем компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт по иным основаниям или в другом жилом помещении по месту жительства либо месту пребывания.		

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт сформирован:**

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

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

-----  
(линия отреза)

**Напоминаем, что после наступления событий, которые влекут за собой изменение размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт либо прекращение права на ее получение (изменение места жительства (пребывания), состава семьи, площади занимаемого им жилого помещения, основания предоставления компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), изменения или прекращения права собственности на жилое помещение, трудоустройства получателя или членов его семьи, обнаружения недостоверности представленных ранее документов или иные обстоятельства), Вы обязаны в течение 14 календарных дней сообщить о них в территориальный орган социальной защиты населения, назначивший компенсацию расходов на уплату взноса за капитальный ремонт.**

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

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Перечень документов, необходимых для возобновления  
предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт**

Перечень документов, необходимых для возобновления предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт	Количество 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 и место жительства		
2. Документы (информация) о неполучении заявителем компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт по иным основаниям или в другом жилом помещении по месту жительства либо месту пребывания.		
3. Документ, подтверждающий право собственности заявителя на жилое помещение, в случае если право не зарегистрировано в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
4. Документ, подтверждающий погашение задолженности на уплату взноса на капитальный ремонт или соглашение о её погашении		
5. Документ, подтверждающий временную регистрацию по другому адресу на новый период		
6. Документы, подтверждающие изменение фамилии, имени, отчества, паспортных данных, номера счета в кредитной организации, состава семьи		
7. Документы, подтверждающие проживание (пребывание) гражданина на территории Ивановской области и о наличии права на компенсацию расходов - при неполучении получателем в течение шести месяцев подряд компенсации расходов, перечисляемой через организации федеральной почтовой связи		

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы для возобновления предоставление компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт 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

Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно		
4. Документы, подтверждающие неполучение компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт по другим основаниям (за исключением случаев, предусмотренных законодательством) в течение всего периода неполучения ежемесячной денежной выплаты, назначенной органами социальной защиты населения		
5. Для заявителей, имеющих регистрацию по месту жительства и месту пребывания на территории Ивановской области и обращающихся за предоставлением компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт по месту пребывания:	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт в течение периода неполучения ежемесячной денежной выплаты	
6. Документ, подтверждающий право собственности заявителя на жилое помещение, в случае если право зарегистрировано в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	в случае, если документ выдан Росреестром	

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о возобновлении предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт сформирован:**

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

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

-----  
(линия отреза)

**Напоминаем, что после наступления событий, которые влекут за собой изменение размера компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт либо прекращение права на ее получение (изменение места жительства (пребывания), состава семьи, площади занимаемого им жилого помещения, основания предоставления компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), изменения или прекращения права собственности на жилое помещение, трудоустройства получателя или членов его семьи, обнаружения недостоверности представленных ранее документов или иные обстоятельства), Вы обязаны в течение 14 календарных дней сообщить о них в территориальный орган социальной защиты населения, назначивший компенсацию расходов на уплату взноса за капитальный ремонт**

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

**Мы:**

1	Ф.И.О. _____ дата рождения _____, зарегистрированный по адресу _____ документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ когда и кем выдан _____ номер телефона _____, СНИЛС _____ <b>от себя лично</b>
2	Ф.И.О. _____ дата рождения _____, зарегистрированный по адресу _____ документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ когда и кем выдан _____ номер телефона _____, СНИЛС _____ <b>от себя лично</b>

**в связи с обращением заявителя** \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

\_\_\_\_\_ (дата, год и место рождения)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года  
проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

за предоставлением \_\_\_\_\_,  
(указать наименование выплаты)

**даем свое согласие** Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, его территориальным органам, ОГКУ «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру предоставления государственных и муниципальных услуг населению на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Согласен (согласны), что персональные данные, в том числе: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация будут обрабатываться, храниться, комплектоваться, учитываться, использоваться, в том числе передаваться в Департамент социальной защиты населения Ивановской области, региональный фонд капитального ремонта и владельцам специальных счетов как с применением средств автоматизации, так и без их применения с целью принятия решения о предоставлении государственных услуг сроком до минования надобности \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. (или указать срок)

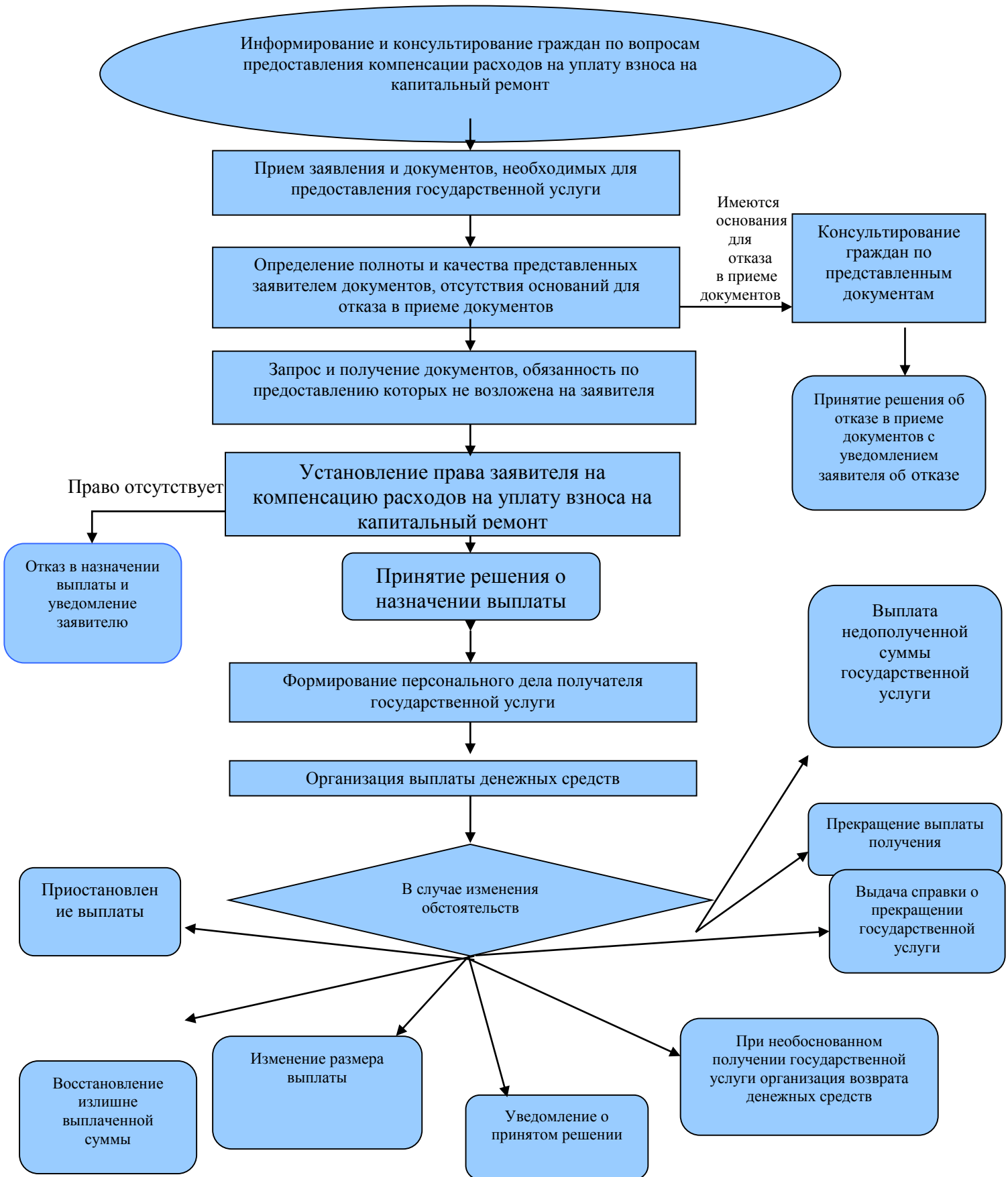
Подписи членов семьи:

- 1) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)
- 2) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)
- 3) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)
- 4) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)





**Блок-схема организации предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт**



**Журнал запрошенных консультаций по телефону**

(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 приема	Требуется 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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
об отказе в предоставлении (перерасчете) компенсации расходов на уплату взноса  
на капитальный ремонт**

В соответствии с пунктом 12 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п,

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

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

**отказать** в предоставлении компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт

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

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

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

Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(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)

В соответствии с пунктом 12 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п, принято решение об отказе в предоставлении Вам компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт по следующим причинам \_\_\_\_\_  
(указать причины отказа)

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

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

\_\_\_\_\_ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о назначении компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт**

В соответствии с Законом Ивановской области от 07.07.2016 № 53-ОЗ «О компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области» и Порядком предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденным постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п,

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

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

**назначить** компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт

с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

в размере \_\_\_\_\_ руб. в месяц.

Направление выплаты \_\_\_\_\_  
(№ почтового отделения или банковский счёт получателя)

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

Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(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** компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт с \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб. в месяц.

Выплату можно получить \_\_\_\_\_  
(указать на почте или в банке, и в какой срок)

**Обращаем Ваше внимание**, что после наступления событий, которые влекут за собой изменение размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт либо прекращение права на ее получение (изменение места жительства (пребывания), состава семьи, площади занимаемого жилого помещения, основания предоставления компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), изменения или прекращения права собственности на жилое помещение, Вашего трудоустройства или членов семьи, обнаружения недостоверности представленных ранее документов или иных обстоятельств), Вы обязаны **в течение 14 календарных дней** сообщить о них в территориальный орган социальной защиты населения, назначивший выплату.

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

\_\_\_\_\_ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о приостановлении предоставления компенсации расходов на уплату взноса на  
капитальный ремонт**

В соответствии с подпунктом \_\_\_ пункта 27 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231 -п, гражданину \_\_\_\_\_

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

номер карточки учёта \_\_\_\_\_  
зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**приостановить** предоставление компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, назначенной решением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_

по \_\_\_\_\_

по следующим причинам: \_\_\_\_\_

(указать причины)

М.П. Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений

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

(ФИО)

Руководитель филиала ОГКУ

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

(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)

В соответствии с подпунктом \_\_\_\_\_ пункта 27 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231 - п, принято решение **о приостановлении** предоставления Вам с \_\_\_\_\_ компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт в связи с \_\_\_\_\_

**Для возобновления выплаты** Вам необходимо в срок до \_\_\_\_\_ обратиться в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа)

по адресу \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

**и представить следующие документы:** \_\_\_\_\_

В случае непредставления документов в указанный срок выплата будет прекращена и дальнейшее ее назначение будет возможно лишь с месяца обращения.

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

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



\_\_\_\_\_ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о прекращении предоставления компенсации расходов  
на уплату взноса на капитальный ремонт**

В соответствии с подпунктом \_\_\_\_\_ пункта 29 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п,

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

номер карточки учёта \_\_\_\_\_  
зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**прекратить** предоставление компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт, назначенной решением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_  
в связи с \_\_\_\_\_

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

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

Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(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)

В соответствии с подпунктом \_\_ пункта 29 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п, принято решение **о прекращении** предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт в связи \_\_\_\_\_

**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 в областной государственной информационной системе «Региональный портал государственных и муниципальных услуг (функций) Ивановской области» ([www.pgu.ivanovoobl.ru](http://www.pgu.ivanovoobl.ru)) и на сайте Департамента социальной защиты населения Ивановской области – [szn.ivanovoobl.ru](http://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 возобновлении предоставления компенсации расходов  
на уплату взноса на капитальный ремонт**

В соответствии с подпунктом \_\_\_\_\_ пункта 28 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231 -п, гражданину \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_  
зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**возобновить** предоставление компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, назначенной решением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, прекращенной решением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб. в месяц.

М.П. Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Руководитель филиала ОГКУ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(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)

В соответствии с подпунктом \_\_\_\_\_ пункта 28 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п, принято решение о **возобновлении** предоставления Вам компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт с \_\_\_\_\_ 20\_\_ года в размере \_\_\_\_\_ руб. в месяц.

**Напоминаем**, после наступления событий, которые влекут за собой изменение размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт либо прекращение права на ее получение (изменение места жительства (пребывания), состава семьи, площади занимаемого жилого помещения, основания предоставления компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), изменения или прекращения права собственности на жилое помещение, Вашего трудоустройства или членов семьи, обнаружения недостоверности представленных ранее документов или иных обстоятельств), Вы обязаны **в течение 14 дней сообщить** о них в территориальный орган социальной защиты населения, назначивший выплату.

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

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

\_\_\_\_\_ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о восстановлении предоставления компенсации расходов на уплату взноса на  
капитальный ремонт**

В соответствии с пунктом 30 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231 - п,

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

номер карточки учёта \_\_\_\_\_  
зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**восстановить** предоставление компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт, назначенной решением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

в размере \_\_\_\_\_ руб.

в связи с \_\_\_\_\_

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

Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(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)

В соответствии с пунктом 30 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п принято решение **о восстановлении** предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт с \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

**Напоминаем**, после наступления событий, которые влекут за собой изменение размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт либо прекращение права на ее получение (изменение места жительства (пребывания), состава семьи, площади занимаемого жилого помещения, основания предоставления компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), изменения или прекращения права собственности на жилое помещение, Вашего трудоустройства или членов семьи, обнаружения недостоверности представленных ранее документов или иных обстоятельств), Вы обязаны **в течение 14 календарных дней** сообщить о них в территориальный орган социальной защиты населения, назначивший выплату.

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

\_\_\_\_\_ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о выплате компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт,  
причитавшейся гражданину и не полученной им при жизни**

В соответствии с пунктом 32 Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231 –п,  
гражданину \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_

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

выплатить компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, назначенную решением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

гражданину \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество умершего получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_

зарегистрированному на момент смерти по адресу \_\_\_\_\_

и не полученную им при жизни, за

период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

в размере \_\_\_\_\_ руб.

Направление выплаты (почта или банковский счёт получателя) \_\_\_\_\_

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

Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

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

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

-----

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Уведомление о принятом решении**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов принято решение о выплате Вам компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт, причитавшейся гражданину \_\_\_\_\_ и не полученной им при жизни, в размере \_\_\_\_\_ руб.

Выплату можно получить \_\_\_\_\_

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

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

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о выплате компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, причитавшейся гражданину и не полученной им при жизни

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

**1. прошу выплатить компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт**  
назначенную гражданину \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество умершего получателя)

умершему \_\_\_\_\_, зарегистрированному на момент смерти по адресу:

(дата)

и не полученную им при жизни, за период с \_\_\_\_\_

**2. Информую, что, кроме того, совместно с умершим гр. \_\_\_\_\_**  
на момент его смерти были зарегистрированы:

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Степень родства	Контактный телефон

(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление **компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт** причитавшейся гражданину и не полученной им при жизни от 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

**Сведения о нетрудоспособных иждивенцах умершего, проживающих по другому адресу:**

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Степень родства	Адрес места жительства	Контактный телефон

3. Для назначения выплаты **представляю документы согласно приложению к заявлению.**

4. **Прошу денежные средства перечислить:** \_\_\_\_\_

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

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

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

6. **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.

7. **Даю согласие** территориальному органу социальной защиты населения, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру на обработку моих персональных данных, 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 компенсации расходов.

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 компенсации расходов сведения обо мне, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Департаменту финансов Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, сведения о предоставляемой мне компенсации расходов – в единую государственную информационную систему социального обеспечения.

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

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

<b>Перечень документов, необходимых для выплаты компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, причитавшейся гражданину и не полученной им при жизни</b>	<b>Количество документов (шт.)</b>
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>	
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность члена семьи или нетрудоспособного иждивенца умершего получателя	
<b>если обращение последовало в течение 4 месяцев со дня смерти лица, имевшего право на компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт</b>	
В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя
Свидетельство о смерти получателя	
Документы, подтверждающие совместное проживание на момент смерти получателя ежемесячной денежной выплаты	
Документы, подтверждающие родственные отношения с умершим получателем	
Письменное согласие всех членов семьи о выплате недополученной суммы <b>компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт</b> , одному из них и документы, подтверждающие наличие согласия членов семьи или их законных представителей на обработку их персональных данных и полномочие заявителя действовать от имени указанных лиц или их законных представителей при передаче персональных данных указанных лиц - в случае обращения за указанной суммой нескольких членов семьи и принятии ими решения о выплате одному из них	
<b>если обращение последовало позже 4 месяцев со дня смерти лица, имевшего право на компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт,</b>	
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя	
Свидетельство о смерти получателя	
Свидетельство о праве на наследство на недополученную в связи со смертью получателя сумму компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт	

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, сформирован:**

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

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)





В территориальный орган  
социальной защиты населения

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о перерасчете размера компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт**

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

**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)  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

**от имени подопечного:**

**прошу произвести перерасчет** назначенной **компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт** в связи с \_\_\_\_\_

на основании представленных мной документов.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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 перерасчет размера **компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт** гражданина \_\_\_\_\_ 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



\_\_\_\_\_ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о перерасчете размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт**

В соответствии с пунктом \_\_\_\_ Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231-п,

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

номер карточки учёта \_\_\_\_\_  
зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

произвести **перерасчет** размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт в связи с \_\_\_\_\_  
(указать причину)

и установить его с \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб. в месяц.

Сумма \_\_\_\_\_ руб.  
(доплаты, удержания)

Направление выплаты \_\_\_\_\_  
(почта или банковский счёт получателя)

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

Руководитель филиала ОГКУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(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)

В соответствии с пунктом \_\_\_\_ Порядка предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан в Ивановской области, утвержденного постановлением Правительства Ивановской области от 03.08.2016 № 231 -п, принято решение о перерасчете размера компенсации расходов на уплату взноса за капитальный ремонт.

В результате перерасчета размер выплаты с \_\_\_\_\_ составил \_\_\_\_\_ руб. в месяц.  
Сумма \_\_\_\_\_ за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(доплаты, переплаты)  
составила \_\_\_\_\_ руб., которая будет \_\_\_\_\_ в (с) \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.  
(выплачена, удержана) (месяц)

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

Наименование органа

**РЕШЕНИЕ об отказе  
в приеме заявления и документов на  
предоставление  
компенсации расходов на уплату  
взноса на капитальный ремонт  
от \_\_\_\_\_**

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

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

отказать **в приеме заявления и документов на предоставление** компенсации  
расходов на уплату взноса на капитальный ремонт

по следующим причинам: \_\_\_\_\_  
(указать причины в соответствии с п. 2.7.1 Административного регламента)

Основание \_\_\_\_\_  
(указать наименование нормативного правового акта, статью, пункт)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись специалиста) (ФИО)

Решение об отказе в приеме заявления и документов получено	Подпись заявителя
Решение об отказе в приеме заявления и документов направлено в электронном виде, посредством почтовой связи (нужное подчеркнуть) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

В территориальный орган  
социальной защиты населения

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

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

**Прошу компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт перечислять** \_\_\_\_\_  
(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

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление на изменение выплатных реквизитов для предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт гражданина поступившее

\_\_\_\_\_ (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

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

<b>Перечень документов, необходимых для выплаты компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, причитавшейся гражданину и не полученной им при жизни</b>	<b>Количество документов (шт.)</b>
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>	
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность члена семьи или нетрудоспособного иждивенца умершего получателя	
<b>если обращение последовало в течение 4 месяцев со дня смерти лица, имевшего право на компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт</b>	
В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя
Свидетельство о смерти получателя	
Документы, подтверждающие совместное проживание на момент смерти получателя ежемесячной денежной выплаты	
Документы, подтверждающие родственные отношения с умершим получателем	
Письменное согласие всех членов семьи о выплате недополученной суммы <b>компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт</b> , одному из них и документы, подтверждающие наличие согласия членов семьи или их законных представителей на обработку их персональных данных и полномочие заявителя действовать от имени указанных лиц или их законных представителей при передаче персональных данных указанных лиц - в случае обращения за указанной суммой нескольких членов семьи и принятии ими решения о выплате одному из них	
<b>если обращение последовало позже 4 месяцев со дня смерти лица, имевшего право на компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт,</b>	
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя	
Свидетельство о смерти получателя	
Свидетельство о праве на наследство на недополученную в связи со смертью получателя сумму компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт	

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

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении  
компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт, сформирован:**

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

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)



**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. получателя)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о взыскании сумм компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт  
излишне выплаченных получателю**

**Уважаемый(ая)**

\_\_\_\_\_  
(имя, отчество заявителя указываются полностью)

В соответствии с \_\_\_\_\_  
(указать ссылку на нормативный правовой акт)

В СВЯЗИ С \_\_\_\_\_  
(указать события, повлекшие утрату права на выплату)

\_\_\_\_\_ )  
сумма излишне полученной Вами компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт за период с \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по \_\_\_\_\_ 20\_\_ года подлежит возврату в доход бюджета.

Предлагаем Вам добровольно возвратить денежные средства в сумме \_\_\_\_\_ руб.  
(\_\_\_\_\_ )  
(сумма прописью)

по указанным ниже реквизитам в течение месяца с момента получения данного уведомления и предоставить квитанции об оплате по адресу: \_\_\_\_\_ ул.  
\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, каб. \_\_\_\_\_

Реквизиты для перечисления:

Наименование получателя платежа: \_\_\_\_\_  
(ФКУ \_\_\_\_\_ л/сч \_\_\_\_\_)

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

номер счета получателя платежа (р/сч): \_\_\_\_\_

Наименование банка: \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

возврат \_\_\_\_\_ на л/с \_\_\_\_\_, ТС: \_\_\_\_\_

(компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт)

В случае отказа от добровольного возврата указанной суммы

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа социальной защиты населения)

будет производить взыскание в судебном порядке.

Разъяснения по форме и сроку оплаты Вы можете получить по вышеуказанному адресу или по телефону \_\_\_\_\_.

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

