|  |
| --- |
| *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 |   |

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заполняется в случае недееспособности лица, имеющего право на получение государственной услуги**как законный представитель гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения ,место жительства ,место пребывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  | когда и кем выдан |   |

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

|  |
| --- |
| 1. Прошу предоставить компенсацию при превышении установленных предельных (максимальных) индексов изменения размера вносимой платы за коммунальные услуги в жилом помещении по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*указывается адрес места жительства (пребывания))* |

**Информация о лицах, являющихся собственниками или пользователями указанного жилого помещения**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п\п** | **Фамилия, имя, отчество** | **Место регистрации** | **Правовые основания владения и (или) пользования жилым помещением** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2. Представляю документы согласно приложению к заявлению *на предоставление государственной услуги*. |

3. Прошу денежные средства перечислять:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указывается* наименование кредитной организации и номер счета или номер почтового отделения)

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

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

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.

Со статьей 159.2 «Мошенничество при получении выплат» Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен(а).

6. Даю согласие на обработку моих персональных данных, персональных данных моих несовершеннолетних детей, персональных данных подопечного (нужное подчеркнуть), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне компенсации.

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 |

Приложение к заявлению

на предоставление государственной услуги

**Перечень документов, необходимых для назначения компенсации**

**при превышении установленных предельных (максимальных) индексов изменения размера вносимой гражданами платы за коммунальные услуги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень документов** | **Количество** **документов****(шт.)** | **Дата получения документа (информа-ции) органом, ведущим прием документов** |
| **Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя**  |
| 1. Документ, удостоверяющий личность гражданина |  |  |
| 2. Документы, содержащие сведения о внесенных платежах за коммунальные услуги, потребленные в жилом помещении в расчетном и базовом периодах, и об отсутствии задолженности по оплате коммунальных услуг либо, при наличии задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, – соглашения по ее погашению, заключенные с организациями, перед которыми возникла задолженность, и (или) документы, подтверждающие выполнение условий указанных соглашений |  |  |
| 3. Документы, подтверждающие правовые основания владения и (или) пользования жилым помещением заявителем и иными гражданами, являющимися собственниками или пользователями жилого помещения (в случае, если право на жилое помещение не зарегистрировано в Едином государственном реестре недвижимости) |  |  |
| 4. Письменное согласие граждан, являющихся собственниками или пользователями жилого помещения, или их представителей о выплате заявителю компенсации и согласие указанных лиц на обработку их персональных данных |  |  |
| 5. Реквизиты лицевого счета, открытого в кредитной организации, – при выборе способа доставки путем перечисления компенсации на лицевой счет гражданина в кредитной организации |  |  |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(линия отреза)

|  |
| --- |
| **Штамп** *(территориальные органа социальной защиты населения (многофункционального центра))* |

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление 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 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не представлены заявителем самостоятельно** |
| 1. Предписание Службы государственной жилищной инспекции Ивановской области об установлении факта превышения предельного индекса и устранении нарушения с указанием периода, в котором выявлено нарушение, и срока его устранения |  |  |
| 2. Документы, подтверждающие правовые основания владения и (или) пользования жилым помещением заявителем и иными гражданами, являющимися собственниками или пользователями жилого помещения (в случае, если право на жилое помещение зарегистрировано в Едином государственном реестре недвижимости) |  |  |
| 3. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 года |  |
|  |  |  |  |  | (подпись заявителя) |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 года |  |
|  |  |  |  |  | (подпись специалиста) |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(линия отреза)