|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | В комитет социальной защиты населения администрации муниципального образования Тихвинский муниципальный район Ленинградской области  от заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя отчество заполняется заявителем)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от представителя заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество заполняется представителем заявителя от имени заявителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать фамилию, имя, отчество заявителя) | | Адрес места жительства заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)  Адрес места пребывания заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)  Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (заполняется в случае переезда)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) | | Страховой номер индивидуального счета (СНИЛС)-при наличии **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**З А Я В Л Е Н И Е**

**о предоставлении государственных(ой) услуг(и)**

Прошу назначить (поставить отметку (и) «V»):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Меры социальной поддержки для семей, имеющих детей** | | |
|  | 1. Единовременное пособие при рождении ребенка на приобретение товаров детского ассортимента и продуктов детского питания | |
|  | 1. Ежемесячное пособие на приобретение товаров детского ассортимента, продуктов детского питания | |
|  | 1. Ежемесячную денежную компенсацию на полноценное питание беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет*:* | |
|  |  | 3.1) беременной женщине |
|  |  | 3.2) кормящей матери либо на ребенка в возрасте до двух лет |
|  |  | 3.3.) на ребенка третьего года жизни |
|  | 4) Ежемесячную денежную компенсацию на питание детей в дошкольных образовательных организациях (специализированных детских учреждениях лечебного и санаторного типа), а также обучающихся в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию основным общеобразовательным программам, программам подготовки квалифицированных рабочих, служащих, а также образовательным программам среднего профессионального образования, *родители которых относятся к категории граждан, подвергшихся воздействию радиации* | |
|  | 5) Единовременное пособие при рождении ребенка (из средств федерального бюджета) | |
|  | 6) Ежемесячное пособие по уходу за ребенком лицам, не подлежащим обязательному социальному страхованию (из средств федерального бюджета) | |

Прошу дополнительно назначить (поставить отметку (и) «V»):

|  |  |
| --- | --- |
| **Меры социальной поддержки для многодетных (многодетных приемных) семей** | |
|  | 7) Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг |
|  | 8) Денежную выплату на приобретение комплекта детской (подростковой) одежды для посещения школьных занятий и школьных письменных принадлежностей |
|  | 9) Бесплатный проезд на автомобильном транспорте на смежных межрегиональных, межмуниципальных и муниципальных маршрутах регулярных перевозок по регулируемым тарифам для учащихся общеобразовательных организаций по территории Ленинградской области |
|  | 10) Ежемесячную денежную выплату в случае рождения третьего ребенка и последующих детей |
| **Меры социальной поддержки для семей, имеющих детей, постоянно проживающих в населенном пункте, относящемся к зоне проживания с льготным социально- экономическим статусом** | |
|  | 11) Ежемесячную компенсацию на питание с молочной кухни ребенка в возрасте до 3 лет, постоянно проживающего на территории зоны проживания с льготным социально-экономическим статусом |
|  | 12) Ежемесячную выплату на каждого ребенка до достижения им возраста 3 лет, постоянно проживающего на территории зоны проживания с льготным социально-экономическим статусом |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| дата | | подпись фамилия и инициалы заявителя/представителя заявителя | | | | | | |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) | | Дата рождения | Очередность рождения (усыновления) ребенка (первый, второй, третий, четвертый и т.д.) | Родственные отношения заявителя к ребенку (мать, отец и др.) | Место учебы | СНИЛС  (при наличии) |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |

Заявляю, что за период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моя семья, состоящая из:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество члена семьи\* | число, месяц и год рождения члена семьи | Степень родства по отношению к заявителю | Адрес места жительства (места пребывания) члена семьи |
|  |  |  | заявитель |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*в составе семьи указывается и сам заявитель

Сообщаю, что получаю следующие виды доходов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Вид полученного дохода | Отметить, если имеется ли данный вид дохода (указать слово «да» в графе 3) |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Доходы, полученные от трудовой дея­тельности |  |
| 2 | Денежное довольствие |  |
| 3 | Выплаты социального характера (пен­сии, пособия, стипендии и пр.) |  |
| 4 | Иные полученные доходы, всего: |  |
|  | *в том числе:* |  |
| 4.1 | Доходы, полученные от предпринима­тельской деятельности |  |
| 4.2 | Доходы, полученные от личного под­собного хозяйства |  |
| 4.3 | Полученные алименты |  |
| 4.4 | Доходы, полученные от собственности, в том числе от сдачи имущества в аренду, продажи имущества |  |
| 4.5 | Прочие полученные доходы |  |

Иных доходов, кроме указанных в заявлении и прилагаемых документах, не имею (ем).

Прошу исключить из общей суммы дохода, выплаченные алименты в сумме\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп., удерживаемые по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(основание для удержания алиментов, Ф.И.О. лица, в пользу которого производятся удержания)*

Сообщаю сведения об отце (о матери) ребенка:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | СНИЛС | Документ удостоверяющий личность, серия документа, номер документа, дата выдачи документа | Адрес регистрации по месту жительства, дата регистрации |
|  |  |  |  |  |

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество документов | № п/п |  | Количество документов |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Просим поставить отметку(и) «V»:

|  |  |
| --- | --- |
|  | аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям не получаю |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата | подпись фамилия и инициалы заявителя/представителя заявителя |

Обязуюсь:

1) В течение одного месяца уведомить ОМСУ через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ о наступлении указанных ниже обстоятельств, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращения ее предоставления:

1. перемена места жительства;
2. изменение номера банковского счета;
3. персональные данные;
4. состав семьи;
5. другие изменения.

2) Направлять полученные денежные средства в виде единовременного пособия при рождении ребенка и ежемесячного пособия на ребенка по целевому назначению – на приобретение товаров детского ассортимента и продуктов детского питания.

3) Предъявлять единый социальный проездной билет, паспорт и документ, подтверждающий право на предоставление льготы при контроле оплаты проезда в автобусах общего пользования.

4) Не допускать передачи (продажи) единого социального проездного билета другому лицу, утери и порчи билета.

5) При утрате единого социального проездного билета незамедлительно сообщить любым способом (лично, по телефону, факсом, по почте) в уполномоченный орган по месту жительства.

\* Обязательства, указанные в пункте 1, не распространяются в случае назначения единовременных выплат; обязательства не распространяются в случае назначения единовременного пособия при рождении ребенка из средств федерального бюджета.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись заявителя (представителя заявителя)

Согласен на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).

Предупрежден(а) о том, что:

при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

при запросе документов (сведений) ОМСУ, необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись заявителя (представителя заявителя)

В случае отсутствия у заявителя трудовой книжки, заявитель сообщает (поставить отметку(и) «V»:

|  |  |
| --- | --- |
|  | не имею трудовой книжки |
|  | нигде не работал(а) и не работаю по трудовому договору |
|  | не осуществляю деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не относится к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию |

В случае отсутствия у второго родителя трудовой книжки, заявитель сообщает (поставить отметку(и) V»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | не имеет трудовой книжки | |
|  | нигде не работал(а) и не работает по трудовому договору | |
|  | не осуществляет деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не относится к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| дата | | | подпись фамилия и инициалы заявителя/представителя заявителя | |

Денежные средства прошу перечислять *(выбрать нужное и указать):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| В почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему адресу жительства (указать адрес или номер почтового отделения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | В **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *( название банка (кредитной организации), номер отделения, филиала, офиса)*  номер счета **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать номер счета, а не карты)*   |  |  | | --- | --- | |  | поставить отметку «V»  если номер счета относится к национальной платежной карте "Мир" |   (клиент кредитной представляет справку (распечатку с сайта кредитной организации)  о реквизитах для перечисления средств на банковский счет в рублях Российской Федерации) |

Результат рассмотрения заявления прошу *(поставить отметку «V»)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в ОМСУ |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу [<\*>](../../пр.29%20от%2029.12.17/35_АР_справок.doc#P464): Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить по почте, указать адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |

*<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| дата подпись фамилия и инициалы заявителя/представителя заявителя   |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  | |  |

*-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

***заполняется специалистом ОМСУ или МФЦ:***

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении.

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

(подпись, фамилия и инициалы специалиста, дата)

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

***заполняется специалистом ОМСУ:***

Заявление зарегистрировано в ОМСУ:

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рег.№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись, фамилия и инициалы специалиста)