В КОГКУ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу предоставлять мне меру социальной поддержки - компенсацию расходов на

оплату жилого помещения и коммунальных услуг в виде ежемесячной денежной

выплаты (далее - МСП) по льготной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать

льготную категорию).

МСП ранее предоставлялась/не предоставлялась (нужное подчеркнуть).

Для предоставления МСП сообщаю:

1. Сведения о членах семьи, зарегистрированных по месту жительства в

жилом помещении:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) | Степень родства | Дата рождения |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Подтверждаю, что ребенок-инвалид, несовершеннолетний член семьи

погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны,

ветерана боевых действий и лиц, приравненных к ним по мерам социальной

поддержки, проживает совместно со мной (нужное подчеркнуть) <\*>.

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

<\*> Указывается заявителем при предоставлении МСП семьям, имеющим

детей-инвалидов, несовершеннолетних членов семьи погибшего (умершего)

инвалида войны, участника Великой Отечественной войны, ветерана боевых

действий и лиц, приравненных к ним по мерам социальной поддержки.

2. Сведения о жилищно-коммунальных услугах:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Вид жилищно-коммунальной услуги | Наименование поставщика услуг | Номер лицевого счета |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Выплату прошу производить через:

отделение почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер отделения почтовой связи)

кредитно-финансовое учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер отделения)

счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер счета)

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Номер документа | Дата выдачи | Организация |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

За достоверность представленных документов несу персональную

ответственность. Против проверки представленных мной сведений не возражаю.

Я ознакомился(лась) с обстоятельствами, влекущими изменение размера МСП

или прекращение выплаты, и обязуюсь своевременно (в течение 14 календарных

дней) извещать орган социальной защиты населения об их наступлении.

В соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422875) от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных" выражаю согласие на обработку своих персональных

данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,

изменение), использование, распространение (в том числе передачу),

обезличивание, блокирование) в целях предоставления МСП.

Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на обработку

персональных данных путем подачи заявления в орган социальной защиты

населения.

Предупрежден(а) об уголовной ответственности за мошенничество при

получении выплат в соответствии со [статьей 159.2](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=444756&dst=1224) Уголовного кодекса

Российской Федерации.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка)

Расписка-уведомление <\*>

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) | | |
| Дата | Ф.И.О. специалиста | Подпись |
|  |  |  |  |

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

(линия отреза)

Расписка-уведомление <\*>

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) | | |
| Дата | Ф.И.О. специалиста | Подпись |
|  |  |  |  |

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

<\*> Заполняется специалистом.