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

*(наименование отдела ГКУ «КЦСЗН» Забайкальского края)*

***Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ И ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ КОМПЕНСАЦИИ НА ОПЛАТУ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. заявителя)*

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(когда и кем)*

Зарегистрирован по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с действующим законодательством прошу назначить:

|  |  |
| --- | --- |
|  ежемесячную денежную выплату |  ежемесячную денежную выплату на оплату жилого помещения и коммунальных услуг  |
| Труженику тыла Ветерану труда Реабилитированному Пострадавшему от политических репрессий **Нужное отметить Х** |  Ветерану труда Ветерану труда ЗК Реабилитированному Пострадавшему от политических репрессий  Инвалиду I, П, Ш группы Отдельным категориям граждан - (указать категорию)**Нужное отметить Х** |

и членам моей семьи, имеющим право на меры социальной поддержки:

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, имя, отчество****(полностью)** | **Льготная****категория** |
|  |  |
|  |  |

К заявлению прилагаются:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование документа** | **Количество** |
| Документ, удостоверяющий личность. |  |
| Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. |  |
| Документ, подтверждающий право на меры социальной поддержки (удостоверение или иной документ, предусмотренный действующим законодательством). |  |
| Справка о составе семьи. |  |
| Технический паспорт или справка о размере занимаемой площади жилого помещения.  |  |
| Документы, содержащие сведения о платежах за жилое помещение и коммунальных услуг (квитанции и другие документы). |  |
| Прочие документы. |  |

Ежемесячную денежную выплату прошу перечислять:

Отделение связи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кредитное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер лицевого счета

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подтверждаю, что:

* **С порядком и срокам предоставления ежемесячной денежной выплаты я ознакомлен (а);**
* **За достоверность сообщаемых мной сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством;**
* **Предупрежден (а), что в случае представления заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно путем умолчания о фактах, влекущих прекращение социальных выплат, предусмотрено наказание, на основании УК РФ,**

 **ст. 159.2 (штраф, исправительные работы, ограничение свободы до 2-х лет);**

* **при наступлении обстоятельств, влияющих на получение ежемесячной денежной выплаты (перемена места жительства, смена фамилии, имени отчества, изменение состава семьи, и других обстоятельств) обязуюсь информироватьне позднее чем в 2-х недельный срок.**
* **Обязуюсь предоставить согласие каждого члена семьи на обработку персональных данных**

**Расписка-уведомление**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Принял | Недостающие документы |  Последний документ |  |
| Дата | Подпись  | Наименование | Представить до (дата) | Представлен (дата) |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Подпись получателя |  |

 |

**Заявитель: Специалист:**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Расписка о приеме документов получена лично | Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |