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

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ДЕНЕЖНОЙ КОМПЕНСАЦИИ НА ОПЛАТУ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ И**

**КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ПОГИБШИХ (УМЕРШИХ) ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

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

*(Ф.И.О. заявителя)*

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

*(когда и кем)*

зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу назначить денежную компенсацию на оплату жилого помещения и коммунальных услуг мне, как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_погибшего (умершего) военнослужащего

 *(вдове, вдовцу, сыну, дочери)*

 (сотрудника) и членам моей семьи:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О.** | **Степень родства** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

К заявлению прилагаются:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование документа** | **Количество** |
| Документ, удостоверяющий личность. |  |
| Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. |  |
| Справка о составе семьи. |  |
| Свидетельство о регистрации брака. |  |
| Свидетельство о смерти супруга. |  |
| Справка, выданная военкоматом членам семьи погибших (умерших) военнослужащих. |  |
| Документы, содержащие сведения о платежах за коммунальные услуги. |  |
| Прочие документы |  |

**Количество комнат жилого помещения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Компенсацию прошу перечислять:

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

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

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

Подтверждаю, что:

* С порядком и сроками предоставления компенсации 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 компенсации (перемена места жительства, смена фамилии, имени отчества, изменение состава семьи и других обстоятельств) обязуюсь информировать филиал не 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