

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

От _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (полный адрес места жительства)

_____ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
СНИЛС (при отсутствии – место рождения)			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

Место работы _____
(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с _____
(указать дату)

Вид пенсионного обеспечения:

- Пенсия за выслугу лет
 Пенсия по старости
 Пенсия по инвалидности
 Пенсия по случаю потери кормильца
 Социальная пенсия

Орган, осуществляющий выплату пенсии:

- Пенсионный фонд РФ
 Минобороны России
 МВД России
 МЧС России
 ФСКН России
 ФСИН России

Иной орган (указать какой) _____

Льготный социальный статус _____
(указать категорию)

Сведения о составе семьи:

№ п/п	Ф. И. О. члена семьи	Число, месяц, год рождения	Степень родства	Наименование образовательного учреждения, в котором обучается ребенок

Сведения о жилом помещении:

Наличие лифтового оборудования в доме (V)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Количество этажей в доме	Количество комнат в жилом помещении	
---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--

Прошу предоставить мне социальную поддержку, установленную законами Российской Федерации, законами Мурманской области и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Мурманской области:

1.	Социальные выплаты (услуги) адресного характера	
1.1.		
1.2.		
2.	Меры социальной поддержки семей с детьми	
2.1.		
2.2.		
3.	Меры социальной поддержки отдельным категориям граждан	
3.1.		
3.2.		
4.	Дополнительные меры социальной поддержки в рамках целевых программ	
4.1.		
4.2.		

Прошу перечислять денежные средства:

- на расчетный счет № _____, открытый в _____
- на отделение почтовой связи № _____ УФПС Мурманской области.

<p>Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.</p> <p>Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные, не являюсь.</p> <p>Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.</p> <p>Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава или дохода семьи, помещение членов семьи на государственное обеспечение и др.), обязуюсь сообщить в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно с момента их наступления (<i>нужное подчеркнуть</i>).</p> <p>Согласен(-на) на предоставление в отношении меня медицинскими организациями по запросу Министерства труда и социального развития Мурманской области сведений, составляющих врачебную тайну и необходимых для принятия решения об оказании материальной помощи.</p> <p>О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____ (указать адрес электронной почты)</p>

(Дата подачи заявления)

(Подпись)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам	
	Подпись специалиста, принявшего заявление