

**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			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
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	Дата рождения	Степень родства	Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, серия, номер, дата выдачи и кем выдан паспорт / серия, № свидетельства о рождении детей)	Место работы / наименование образовательного учреждения (для обучающихся)	Виды доходов, получаемых в расчетный период

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.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Денежные средства прошу перечислять:

- на расчетный счет № _____, открытый в _____

- на отделение почтовой связи № _____ УФПС Мурманской области.

Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.
Подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет.
Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные, **не являюсь**.
Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.
Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством. 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 (*нужное подчеркнуть*).

Согласен(-на) на предоставление государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

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 в соответствии с ППМО от 28.04.2014 № 225-ПП.

О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____
(указать адрес электронной почты)

(Дата подачи заявления)

(Подпись)

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