Руководителю КУ "Центр социальных выплат Югры"

 (филиала) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 на предоставление мер социальной поддержки инвалидам,

 детям-инвалидам в возрасте до 18 лет

 1. Индивидуальные сведения о заявителе:

 Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Льготная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места пребывания (фактического проживания) (нужное подчеркнуть)

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

 (заполняется в случае, если адрес места жительства не совпадает

 с адресом места пребывания (фактического проживания))

 Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Удостоверение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Наименование

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдано: |

Документ, удостоверяющий личность и содержащий указание на гражданство Российской Федерации (факт постоянного проживания иностранного гражданина (лица без гражданства) на территории Российской Федерации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан: |

 2. Перечень мер социальной поддержки: нужное отметить │V│

 ┌─┐

 │ │ компенсация расходов на оплату занимаемого жилого помещения

 └─┘

 ┌─┐

 │ │ компенсация расходов на капитальный ремонт

 └─┘

 ┌─┐

 │ │ компенсация расходов на оплату коммунальных услуг, в том числе:

 └─┘

 ┌─┐

 │ │ на оплату поставки твердого топлива

 └─┘

 Меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных

услуг, в том числе на оплату взносов за капитальный ремонт, прошу

предоставлять на жилое помещение по месту фактического проживания по

адресу:

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

 (заполняется в случае, если адрес фактического проживания не совпадает

 с адресом места жительства (пребывания))

 Факт неполучения мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и

коммунальных услуг по месту жительства (пребывания) (нужное подчеркнуть)

подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись)

 В случае получения мер социальной поддержки по оплате жилого помещения

и коммунальных услуг по месту жительства (пребывания) в Ханты-Мансийском

автономном округе - Югре (нужное подчеркнуть) выражаю согласие на

прекращение их предоставления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись)

 3. Сведения о членах семьи, совместно проживающих с заявителем, учет

которых осуществлен органом, уполномоченным на осуществление функций по

контролю и надзору в сфере миграции:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Степень родства |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

4. К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень документов | Количество листов |
| 1 | документ, удостоверяющий личность и содержащий указание на гражданство Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации |  |
| 2 | документ, подтверждающий факт постоянного проживания иностранного гражданина (лица без гражданства) на территории Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства, признанных в установленном порядке инвалидами, а также относящихся к категориям ветеранов, указанным в статьях 2 - 4 Федерального закона от 12 января 1995 года N 5-ФЗ "О ветеранах") |  |
| 3 | удостоверение о праве на льготы |  |
| 4 | правоустанавливающий документ на жилое помещение - в случае если указанный документ отсутствует в органах, осуществляющих ведение государственного кадастра недвижимости, и органах (организациях), участвующих в предоставлении государственной услуги |  |
| 5 | справка об установлении инвалидности, выданная учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы (для граждан, признанных в установленном порядке инвалидами) |  |
| 6 | договоры с организациями, предоставляющими жилищно-коммунальные услуги (в случае отсутствия правоустанавливающего документа на жилое помещение) |  |
| 7 | документы, подтверждающие факт оплаты поставки твердого топлива специализированными организациями, частными предпринимателями, имеющими право на предоставление названных услуг (для осуществления компенсации расходов на оплату поставки твердого топлива в жилые помещения с печным отоплением) |  |
| 8 | документы, содержащие сведения о наличии (об отсутствии) задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, в том числе взноса на капитальный ремонт, или соглашение о погашении задолженности и (или) выполнении соглашения |  |
| Сведения и документы, которые подлежат получению в порядке межведомственного взаимодействия (заявитель имеет право представить указанные документы по собственной инициативе) |
| 1 | сведения о лицах, проживающих совместно с заявителем, учет которых осуществлен органом, уполномоченным на осуществление функций по контролю и надзору в сфере миграции, с указанием степени родства |  |
| 2 | выписка из Единого государственного реестра недвижимости о правах |  |
| 3 | сведения о технических характеристиках жилого помещения, в том числе виде отопления |  |

 Прошу перечислять причитающиеся мне суммы:

 ┌─┐

 │ │ на счет N:

 └─┘

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

 номер счета, открытый в кредитном учреждении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование кредитного учреждения, филиала кредитного учреждения)

 через отделение федеральной почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (N филиала почтового отделения)

 ┌─┐

 │ │ с доставкой на дом по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┘

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

 ┌─┐

 │ │ через кассу почтового отделения

 └─┘

 - Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, что

вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь

своевременно, в течение 15 дней сообщить обо всех обстоятельствах, влияющих

на предоставление мер социальной поддержки (изменение состава семьи, места

жительства, смена места жительства, в том числе выезд за пределы

автономного округа и др.).

 - Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством

Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных

сведений, которые могут послужить поводом для прекращения назначенных мер

социальной поддержки.

 - Выражаю согласие на необходимое использование моих персональных

данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ

"О персональных данных", в том числе в информационных системах.

 "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Регистрационный номер | Дата приема | Подпись специалиста | Расшифровка подписи |

Расписка о принятии документов (выдается на руки заявителю)

Документы на предоставление государственной услуги приняты

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

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_