Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | Руководителю отдела (сектора) социальной защиты населения Министерства социального развития Смоленской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (адрес регистрации по месту жительства или по месту пребывания заявителя)  паспортные данные:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  номер и дата выдачи документа, подтверждающего категорию реабилитированного (пострадавшего от политических репрессий)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  срок действия категории реабилитированного (пострадавшего от политических репрессий)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  адрес электронной почты (при наличии):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Сведения о представителе (в случае обращения представителя в интересах заявителя):  вид представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  паспортные данные:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  контактный  телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  адрес электронной почты (при наличии):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  **о назначении и выплате компенсации**  **расходов** **на оплату жилых помещений и**  **коммунальных услуг в размере 50 процентов** | | | | | | | |
| Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услугв размере 50 процентов в соответствии с областным [законом](consultantplus://offline/ref=B10C1BC3F232A2EFBD906E3717848048AE6FC9F564F93BA7D4D129DDA450AC91C31518650B0C1FC9E43216352ABF488247I4c0H) «О порядке и условиях предоставления реабилитированным лицам и лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий, меры социальной поддержки в виде компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг на территории Смоленской области».  Общее количество граждан, зарегистрированных по данному адресу по месту жительства, \_\_\_\_\_\_ человек, по месту пребывания, \_\_\_\_\_\_ человек.  Сведения о лицах, зарегистрированных совместно с заявителем  по месту его жительства   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Фамилия,  имя, отчество (при наличии) | Дата рождения | СНИЛС | Степень родства | Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения) | Документ, подтверждающий  родство  с заявителем (реквизиты записи  акта о заключении брака,  о рождении детей ‒ номер  записи, дата записи,  наименование органа, которым осуществлена государственная регистрация акта гражданского состояния) | | 1. |  |  |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| Сведения о лицах, зарегистрированных совместно с заявителем  по месту его пребывания   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Фамилия,  имя, отчество (при наличии) | Дата рождения | СНИЛС | Степень родства | Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения) | Документ, подтверждающий  родство  с заявителем (реквизиты записи  акта о заключении брака,  о рождении детей ‒ номер  записи, дата записи,  наименование органа, которым осуществлена государственная регистрация акта гражданского состояния) | | 1. |  |  |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  |  |  |   Сведения об услугах (оплата жилых помещений и коммунальных услуг  по месту жительства заявителя)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Наименование поставщика | Номер лицевого счета | Наличие просуженной задолженности по оплате (да/нет) | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Сведения об услугах (оплата жилых помещений и коммунальных услуг  по месту жительства заявителя)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Наименование поставщика | Номер лицевого счета | Наличие просуженной задолженности по оплате (да/нет) | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Прошу перечислять денежные средства (нужное указать):  - на расчетный счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  - выплачивать через отделение почтовой связи по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Обязуюсь известить сектор социальных выплат, приема и обработки информации смоленского областного государственного казенного учреждения «Центр социальных выплат, приема и обработки информации» или областное государственное бюджетное учреждение «Многофункциональный центр по предоставлению государственных и муниципальных услуг населению» (далее – СОГБУ МФЦ) о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление денежных выплат (перемена места жительства, изменение состава семьи и др.).  В случае образования переплаты по моей вине (в связи с представлением документов с заведомо неверными сведениями, сокрытием данных, влияющих на предоставление денежных выплат) обязуюсь возместить излишне выплаченные суммы.  В целях осуществления выплаты даю согласие Министерству социального развития Смоленской области, смоленскому областному государственному казенному учреждению «Центр социальных выплат, приема и обработки информации», СОГБУ МФЦ на обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (передача определенному кругу лиц), блокирование, уничтожение (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств) в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, включает в себя информацию, представляемую в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах.  Получение копии решения о назначении и выплате компенсации (об отказе в назначении и выплате компенсации) выбираю следующим способом:  1) выдача соответствующего решения мне (моему представителю) лично – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (да, нет)  2) направление по почтовому адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (да, нет)  3) направление в многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг для выдачи мне (моему представителю) соответствующего решения – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (да, нет)  4) в электронном виде (в личном кабинете на Едином портале) – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (да, нет) | | | | | | | |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | | | | 20\_\_ г. | | |  |
| Заявление и документы  гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | | | |
| приняты | \_\_\_\_\_  (дата) | | и зарегистрированы № | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись специалиста, принявшего документы) | | |
|  | |
|  | |
| -----------------------------------------------------------------------------------------------------------  (линия отрыва) | | | | | | | |
| Заявление и документы  гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | | | |