В государственное казенное учреждение социальной

защиты населения по Суздальскому району

Заявление о предоставлении мер социальной поддержки лицам,

которым на 3 сентября 1945 года не исполнилось 18 лет («Дети войны»)

1. (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Сведения о законном представителе недееспособного лица:

(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Прошу назначить мне меры социальной поддержки (нужное – подчеркнуть):

- ежегодную денежную выплату ко Дню Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов (9 мая);

- компенсацию расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг.

Денежные средства прошу перечислять:

- на лицевой счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**(наименование кредитной организации)**

- через почтовое отделение АО "Почта России" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| К заявлению прилагаю следующие документы: | на \_\_\_\_\_\_ листах |
| 1. Копию документов, удостоверяющих личность и постоянное проживание на территории области заявителя |  |
| 2. Копию документов, удостоверяющих личность законного представителя |  |
| 3. Копию документа, подтверждающего полномочия законного представителя |  |
| 4.Копию удостоверения лица, которому на 3 сентября 1945 года не исполнилось 18 лет («Дети войны») |  |
| 5.Копию документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания на территории области |  |
| 6.Копию страхового свидетельства государственного пенсионного страхования заявителя |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7.Справку о характеристике жилого помещения или документы, подтверждающие площадь занимаемого жилого помещения, в том числе отапливаемую, количество комнат, вид жилищного фонда (нужное подчеркнуть) |  |
| 8. Копии квитанций на оплату жилищно-коммунальных услуг по адресу получателя за последний календарный месяц перед месяцем обращения, или договоры на оказание коммунальных услуг, или справки из организаций, предоставляющих коммунальные услуги (нужное подчеркнуть) |  |

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых документах, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющихся в распоряжении департамента социальной защиты населения администрации Владимирской области и государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области с целью предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего письменного отзыва данного согласия.

Подтверждаю, что сведения, сообщенные мною, точные и исчерпывающие. Я уведомлен, что за предоставление ложных сведений может наступить ответственность в соответствии с законодательством РФ. В случае изменения места жительства (пребывания) либо иных обстоятельств, влияющих на объем и условия предоставления мер социальной поддержки обязуюсь известить учреждение в течение месяца со дня наступления указанных изменений и представить

подтверждающие документы.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам | Подпись специалиста |
|  |

-------------------------------------------------------------------------------------------- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|  |  |  |