

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ

От \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (полный адрес места жительства)

\_\_\_\_\_ (телефон)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Номер документа		Дата рождения	
Кем выдан			
СНИЛС (при отсутствии – место рождения)			

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

Представитель гражданина или законный представитель несовершеннолетнего ребенка (недееспособного лица) *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

(полный адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

(телефон)

## 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:**

<b>1.</b>	Социальные выплаты (услуги) адресного характера	
1.1.		
1.2.		
1.3.		
1.4.		
1.5.		
<b>2.</b>	Меры социальной поддержки семей с детьми	
2.1.		
2.2.		
2.3.		
2.4.		
2.5.		
<b>3</b>	Меры социальной поддержки отдельным категориям граждан	
3.1		
3.2		
3.3.		
3.4.		
3.5.		
<b>4</b>	Дополнительные меры социальной поддержки в рамках целевых программ	
4.1.		
4.2.		
4.3.		
4.4.		
4.5.		

**Прошу перечислять денежные средства на счет № \_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_ или на почтовое отделение связи № \_\_\_\_\_ ФГУП «Почта России».**

Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.

Получателем мер социальной поддержки по иным основаниям (федеральный льготный статус) **не являюсь**.

Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменения состава и дохода семьи и др.), обязуюсь сообщить **в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно** с момента их наступления (нужное подчеркнуть).

О принятом решении по предоставлению 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