|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к административному регламенту предоставления комитетом по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты реабилитированным лицам и лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий, в соответствии с Законом Ставропольского края от 7 декабря 2004 г. № 100-кз «О мерах социальной поддержки жертв политических репрессий» |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В комитет по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска / муниципальное казенное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» города Невинномысска |

# Заявление

# о назначении ежемесячной денежной выплаты

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

дата рождения \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_.

Страховой номер индивидуального лицевого счета:

---,

адрес регистрации по месту жительства:

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

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

адрес регистрации по месту пребывания (если есть):

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

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

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (если есть).

Прошу установить мне ежемесячную денежную выплату (далее - ЕДВ) как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать категорию)

Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через:

|  |  |
| --- | --- |
| Кредитная организация (наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер отделения и его структурного подразделения  лицевой счет: | почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по адресу:  регистрации по месту жительства: или регистрации по месту пребывания (нужное обвести) |

Мне известно, что в соответствии с действующим законодательством гражданин, имеющий право на получение мер социальной поддержки по нескольким основаниям, может получать меры социальной поддержки только по одному из них.

Обязуюсь в десятидневный срок информировать комитет по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска об изменении статуса, дающего право на получение ЕДВ, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение ЕДВ. Я предупрежден об ответственности за представление неполных или недостоверных сведений и документов. Согласен на обработку предоставленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги.

Ранее меры социальной поддержки получал в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать район (город)) (указать субъект Российской Федерации)

Документ о праве на меры социальной поддержки

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

получал (ранее представлял) в органе социальной защиты населения, расположенный в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) Ставропольского края.

Получаю пенсию в управлении Пенсионного фонда РФ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району (городу) Ставропольского края, ином органе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу сообщить о принятом решении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) | электронной почтой | по телефону |
|  |  |  |

Дата подачи заявления: \_\_. \_\_. 20\_\_ г.

Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление зарегистрировано \_\_. \_\_. 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Принял заявление и документы: документ о праве на льготы, документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (наименование должности специалиста, ответственного за прием документов) | (подпись) | (инициалы, фамилия) |

------------------------------- линия отреза ---------------------------------------

# Расписка о приеме заявления и документов

Заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты и другие документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя в родительном падеже)

приняты специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_. \_\_ 20\_\_ г.

(Комитет или МФЦ) (фамилия, отчество (при наличии) специалиста ответственного за прием документов)

Номер в программном комплексе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приняты копии документов:

1. Документа о праве на льготы серии \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного \_\_. \_\_. 20\_\_,

2. Документа, удостоверяющего личность, серии \_\_ № \_\_\_\_\_\_, выданного \_\_. \_\_. \_\_\_\_.

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Телефон для справок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Решение будет принято в течение \_\_\_ рабочих дней со дня подачи заявления.

------------------------------- линия отреза ---------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Вам будет сообщено о принятом решении: | место для отметки: |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) |  |
| электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| По телефону, указанному в заявлении |  |

Напоминаем Вам, что Вы обязаны в десятидневный срок информировать комитет по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска об изменении статуса, дающего право на получение государственной услуги, продлении инвалидности, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение выплаты. При непредставлении указанных сведений или их несвоевременном представлении Вы обязаны возвратить излишне выплаченные Вам суммы.

Дата выдачи расписки \_\_. \_\_. 20\_\_ .

Подпись специалиста, ответственного за прием документов

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