Начальнику обособленного подразделения

«Отделение социальной защиты населения

по Красноборскому району»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество)

 адрес места жительства (места пребывания) на

 территории Архангельской области): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (проспект, улица, дом, корпус, квартира,

 город, село, поселок, деревня, район,

 область, почтовый индекс)

 номер контактного телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о назначении и предоставлении мер социальной поддержки

 по оплате жилого помещения и (или) коммунальных услуг

 Прошу в соответствии с областным законом от 28 мая 2008 года N

515-27-ОЗ "О форме предоставления мер социальной поддержки по оплате жилого

помещения и коммунальных услуг отдельным категориям граждан"

(далее - областной закон) и [Порядком](#P46) предоставления мер социальной

поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг в денежной форме

отдельным категориям граждан, утвержденным постановлением Правительства

Архангельской области от 10 марта 2010 года N 61-пп (далее - Порядок),

назначить мне меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и (или)

коммунальных услуг.

 Заявляю, что отношусь к категории лиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать категорию граждан в соответствии с документом,

 подтверждающим право на меры социальной поддержки)

 Сообщаю, что проживаю в жилом помещении (нужное подчеркнуть,):

 не имеющем центрального отопления (заполняется в случае обращения за

мерой социальной поддержки по оплате стоимости топлива)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (указать способ отопления жилого помещения)

 в частном жилом фонде;

 в муниципальном жилом фонде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (наименование наймодателя муниципального жилищного фонда в соответствии

 с договором социального найма жилого помещения)

 государственном жилом фонде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование наймодателя государственного жилищного фонда

 в соответствии с договором социального найма жилого помещения)

 Прошу перечислять меры социальной поддержки по оплате жилого помещения

и (или) коммунальных услуг, компенсации расходов по уплате взноса на

капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах

 счета, открытого в кредитной организации)

 Заявляю, что моя семья состоит из \_\_\_\_\_ человек и совместно со мной

проживают:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) члена семьи | Число, месяц, год рождения | Родство |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Заполняется в случае подачи заявления гражданином для получения мер

социальной поддержки в соответствии с пунктами 4.1, 4.2 статьи 3 областного

закона от 10 ноября 2004 года N 262-33-ОЗ "О мерах социальной поддержки

ветеранов, граждан, пострадавших от политических репрессий, и иных

категорий граждан":

 Заявляю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (я и члены моей семьи не работают)

 В случае моего трудоустройства или трудоустройства членов моей семьи

либо изменения состава моей семьи обязуюсь сообщить об этом в течение 14

календарных дней.

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии)

 Уведомления о принимаемых решениях в ходе установления мне мер

социальной поддержки в соответствии с областным законом и Порядком, прошу

направлять:

 1) о назначении и возобновлении предоставления мер социальной

поддержки по оплате жилого помещения и (или) коммунальных услуг и о

направлении обращения в иное государственное учреждение:

 на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации

отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

 иными способами :через п/о;

 2) о приостановлении, прекращении и отказе предоставления мер

социальной поддержки по оплате жилого помещения и (или) коммунальных услуг:

 на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 иными способами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Сообщаю об организациях, предоставляющих жилищно-коммунальные услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| N | Наименование организаций, предоставляющих жилищно-коммунальные услуги |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 В случае изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, а также в

случаях переезда на новое место жительства за пределы территории

Архангельской области или перемены моего места проживания в случае переезда

из одного муниципального образования Архангельской области в другое

муниципальное образование Архангельской области, в котором находится иное

государственное учреждение, обязуюсь сообщить об этом в

учреждение, осуществляющее предоставление мер социальной поддержки по

оплате жилого помещения и (или) коммунальных услуг, не позднее 14

календарных дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

 За достоверность представленных сведений несу полную персональную

ответственность.

 Настоящим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

даю согласие "Отделению социальной защиты населения по Красноборскому р-ну",

расположенному по адресу: с.Красноборск. ул.Гагарина, д.7а

на обработку персональных данных в соответствии с Федеральными законами

от 27 июля 2006 года N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и

о защите информации" и от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных

данных", в целях назначения и выплаты мер социальной поддержки по оплате

жилого помещения и (или) коммунальных услуг в соответствии с областным

законом и Порядком \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (согласен/не согласен)

 Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения

соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию,

определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

 Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем

представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве

данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

 Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении

согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует мои

персональные данные (прекращает их сбор, систематизацию, накопление,

использование, в том числе передачу).

 Настоящее согласие действует со дня его подписания.

 Обязуюсь сообщать в течение 14 календарных дней о наступлении

обстоятельств, влекущих утрату моего права на получение мер социальной

поддержки, а также о переезде на новое место жительства за пределы

территории Архангельской области или перемене места проживания в случае

переезда из одного муниципального образования Архангельской области в

другое муниципальное образование Архангельской области.

 Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или

доверенным лицом:

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

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя или

 доверенного лица)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект,

 улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование документа,

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

 серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

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

 (дата)

 Примечание. Согласие на обработку персональных данных

несовершеннолетних и подопечных подписывают их законные представители.

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

 Заполняется специалистом учреждения

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.