Начальнику обособленного подразделения

 «Отделение социальной защиты населения

 по Красноборскому району»

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

 (фамилия, имя, отчество)

 адрес места жительства (места пребывания)

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

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

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

 (почтовый индекс, область, район, город,

 село, поселок, деревня, проспект, улица,

 дом, корпус, квартира)

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

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

 (наименование)

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

 (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (страховой номер индивидуального лицевого

 счета застрахованного лица в системе

 персонифицированного учета Пенсионного

 фонда Российской Федерации)

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 об отказе в получении мер социальной поддержки

 В связи с тем, что я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество наименование категории в

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

 соответствии с документом, подтверждающим право на меры социальной

 поддержки)

отказываюсь от получения мер (меры) социальной поддержки, назначенных

(назначенной) мне 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" 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, прошу прекратить предоставление мне следующих мер (меры)

социальной поддержки (нужное подчеркнуть):

 компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг;

 оплаты стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных

для продажи населению, и транспортных услуг для доставки этого топлива;

 компенсации расходов за сбор и транспортирование (вывоз) твердых

коммунальных отходов, которые образуются в жилых помещениях многоквартирных

домов и жилых домов;

 взноса на капитальный ремонт общего имущества многоквартирного дома;

 в полном объеме предоставляемых мне мер социальной поддержки.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

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

 заполняется специалистом учреждения

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

 (подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

 Начальнику обособленного подразделения

 «Отделение социальной защиты населения

 по Красноборскому району»

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

 (фамилия, имя, отчество)

 адрес места жительства (места пребывания)

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

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

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

 (почтовый индекс, область, район, город,

 село, поселок, деревня, проспект, улица,

 дом, корпус, квартира)

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

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

 (наименование)

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

 (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (страховой номер индивидуального лицевого

 счета застрахованного лица в системе

 персонифицированного учета Пенсионного

 фонда Российской Федерации)

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 об отказе в получении мер социальной поддержки

 В связи с тем, что я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество наименование категории в

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

 соответствии с документом, подтверждающим право на меры социальной

 поддержки)

отказываюсь от получения мер (меры) социальной поддержки, назначенных

(назначенной) мне 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" 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, прошу прекратить предоставление мне следующих мер (меры)

социальной поддержки (нужное подчеркнуть):

 компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг;

 оплаты стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных

для продажи населению, и транспортных услуг для доставки этого топлива;

 компенсации расходов за сбор и транспортирование (вывоз) твердых

коммунальных отходов, которые образуются в жилых помещениях многоквартирных

домов и жилых домов;

 взноса на капитальный ремонт общего имущества многоквартирного дома;

 в полном объеме предоставляемых мне мер социальной поддержки.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

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

 заполняется специалистом учреждения

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

 (подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.