|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области «Отделение социальной защиты населения | | | |
|  | по | Красноборскому району» | | |
|  | от |  | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) | | | |
|  | адрес места жительства: | |  | |
|  |  | | | |
|  | (почтовый индекс, область, район, город, село, | | | |
|  | поселок, деревня, проспект, улица, дом, | | | |
|  | корпус, квартира) | | | |
|  | номер контактного телефона | | |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении мер социальной поддержки в виде компенсации расходов за коммунальные услуги семье с тремя и более детьми**

Прошу в соответствии с подпунктами 1 – 3 пункта 1 статьи 25 областного закона от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области» назначить моей семье;

1)  компенсацию расходов на оплату коммунальных услуг в размере   
30 процентов платы за коммунальные услуги (за холодную воду, горячую воду, электрическую энергию, тепловую энергию, газ, бытовой газ в баллонах, отведение сточных вод);

2)  компенсацию расходов в размере 30 процентов платы за холодную воду, горячую воду, электрическую энергию, тепловую энергию, потребляемые при содержании общего имущества в многоквартирном доме, а также платы за отведение сточных вод в целях содержания общего имущества в многоквартирном доме;

3)  компенсацию расходов в размере 30 процентов платы за сбор   
и транспортирование (вывоз) твердых коммунальных отходов, которые образуются в жилых помещениях многоквартирных домов и жилых домов.

Заявляю, что моя семья состоит из \_\_\_\_ человек, доходы моей семьи   
за период с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. составляют:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид полученного дохода | | Сумма дохода за три календарных месяца, предшествовавших обращению (руб., коп.) | Место получения дохода |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Других доходов семья не имеет. Подтверждаю согласие на проверку указанных сведений о доходах семьи.

Сообщаю об организациях, предоставляющих жилищно-коммунальные услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| № | Наименование организаций, предоставляющих жилищно-коммунальные услуги |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
|  |  |
|  |  |

В случае изменения места жительства, изменения фамилии, помещения ребенка (детей) на полное государственное обеспечение, окончание обучения в образовательной организации ребенка до достижения им возраста 21 года, доходов семьи или других изменений в семье, влекущих за собой прекращение предоставления мер социальной поддержки, обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение по месту жительства (месту пребывания) многодетной семьи в течение пятнадцати рабочих дней.

Об изменениях дохода и состава семьи, влияющих на право получения мер социальной поддержки, обязуюсь сообщить в течение одного месяца   
с момента их изменения.

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Прошу перечислять денежные средства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета,   
открытого в кредитной организации)

При принятии решения в ходе рассмотрения вопроса о предоставлении мер социальной поддержки прошу направлять мне уведомления:

1) о назначении и выплате мер социальной поддержки:

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |

иными способами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2)  об отказе в предоставлении мер социальной поддержки – в письменной форме.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) родителя (усыновителя, приемного родителя)

действующий (ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных   
в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужное):

государственным казенным учреждением Архангельской области «Отделение социальной защиты населения по Красноборскому району » (далее – оператор), расположенным по адресу:\_165430 Архангельская область, Красноборский район, с. Красноборск, ул. Гагарина д. 7 а

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года   
[№ 149-ФЗ](consultantplus://offline/ref=A9681D9E2E93E2D3C06CE42E221B6DB5C121A4ED71000205CC4DE3EEA8IDbFL) «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»,   
в целях предоставления мер социальной поддержки, предусмотренных областным законом, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (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(а), 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 персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)  (подпись)        (расшифровка подписи)

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

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения

Архангельской области – отделения социальной защиты населения

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

(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.