|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области «Отделение социальной защиты населения по Красноборскому району»  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  статус лица: мать, отец, (нужное подчеркнуть)  адрес места жительства (места пребывания) на территории Архангельской области): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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, предусмотренные подпунктами 1 – 3 пункта 1 статьи 17 областного закона от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ   
«О социальной поддержке семей, воспитывающих детей,   
в Архангельской области»**

Прошу в соответствии с пунктами 1 – 3 пункта 1 статьи 17 областного закона от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области» назначить мне следующие меры социальной поддержки:

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

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

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)

Сообщаю об организациях, предоставляющих жилищно-коммунальные услуги:

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

В случае изменения места жительства, места жительства моего ребенка (детей), изменения фамилии, помещения ребенка (детей) на полное государственное обеспечение, 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.

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 адресу165 430 с. Красноборск, ул. Гагарина д. 7а

(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.