Заявление

о предоставлении мер социальной поддержки

многодетной семье

Начальнику управления социальной защиты населения по

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

(город, округ, район)

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

(фамилия, имя, отчество, дата рождения заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий

личность)

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес жительства (пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер пенсионного страхового свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставлять моей семье следующие меры социальной поддержки в

соответствии с [Законом](consultantplus://offline/ref=A315EB77BEDC6DD759EA321218960AFB50C7AABCEE33B5320AFACD877EA5B98FF27DE0843955FCBDF15D642C0F7DADB81CM8U4F) Амурской области от 19.01.2005 N 408-ОЗ "О мерах

социальной поддержки многодетных семей":

┌─┐

│ │ ежемесячную социальную выплату на оплату коммунальных услуг в жилом

└─┘

помещении, находящемся по адресу:

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

┌─┐

│ │ освобождение от платы за лекарства, приобретаемые по рецептам врачей,

└─┘

для детей в возрасте до 6 лет;

┌─┐

│ │ бесплатный проезд обучающихся в общеобразовательных организациях по

└─┘

образовательным программам начального общего, основного общего и (или)

среднего общего образования по муниципальным маршрутам регулярных перевозок

по регулируемым тарифам, а также по межмуниципальным маршрутам регулярных

перевозок по регулируемым тарифам в границах муниципального округа,

муниципального района и городского округа, являющегося административным

центром данного муниципального района; бесплатное питание один раз в день

для обучающихся по образовательным программам основного общего и (или)

среднего общего образования в общеобразовательных организациях в дни

посещения учебных занятий;

┌─┐

│ │ ежегодную денежную выплату на приобретение комплекта детской одежды

└─┘

и (или) обуви на обучающихся в общеобразовательных организациях по

образовательным программам начального общего, основного общего и (или)

среднего общего образования.

**Сведения о лицах, входящих в состав многодетной семьи:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Степень родства с заявителем | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | СНИЛС | Льготный статус (при наличии) | Информация о наличии регистрации по месту жительства (пребывания) в жилом помещении совместно с заявителем по указанному адресу (да/нет) | Наименование детской поликлиники, к которой прикреплен несовершеннолетний ребенок |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Подтверждаю, что указанные лица, входящие в состав моей многодетной семьи,**

**со мной совместно проживают и ведут совместное хозяйство по указанному**

**адресу моего места жительства (пребывания)**

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

(подпись заявителя)

**Сведения о лицах, совместно зарегистрированных с заявителем по указанному**

**адресу места жительства (пребывания) и не являющихся членами многодетной**

**семьи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Степень родства с заявителем | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Льготный статус (при наличии) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Сведения о жилом помещении**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Вид жилищного фонда (государственный, муниципальный, частный) |  |
| 2. Реквизиты документов, подтверждающих правовые основания владения и пользования жилым помещением |  |
| 3. Общая площадь жилого помещения |  |
| 4. Жилая площадь \_\_\_\_\_\_\_\_ | 5. Количество комнат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. Этаж \_\_\_\_ общее кол-во этажей \_\_\_\_\_ | 7. Лифт (да/нет) |
| 8. Жилищные условия (благоустроенное, частично благоустроенное, неблагоустроенное) | 9. Отопление (централизованное, автономное, печное) |
| 10. Горячее водоснабжение (да/нет) | 11. Холодное водоснабжение (да/нет) |
| 12. Газоснабжение (да/нет) | 13. Наличие электроплиты (да/нет) |
| 14. Мусоропровод (да/нет) | 15. Наличие печного отопления (да/нет) |
| 16. Канализация (да/нет) | 17. Обращение с твердыми коммунальными отходами (да/нет) |

Дополнительная информация:

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

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

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

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

**Обязуюсь незамедлительно извещать управление социальной защиты населения по**

**месту жительства (пребывания):**

1) о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера ежемесячной

социальной выплаты (изменение состава семьи, площади занимаемого жилого

помещения, места жительства (пребывания), перечня потребляемых коммунальных

услуг и т.п.);

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

(подпись заявителя)

2) о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления мер

социальной поддержки (прекращение ребенком обучения в общеобразовательной

организации, прекращение совместного проживания с детьми (ребенком),

изменение состава семьи, выезд семьи на постоянное место жительства за

пределы территории обслуживания ГКУ-УСЗН, лишение (ограничение) прав в

отношении детей, прекращение осуществления воспитания детей и т.п.).

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

(подпись заявителя)

**Уведомлен (а) о необходимости:**

а) ежегодного подтверждения права на получение мер социальной поддержки;

б) получения в ГКУ-УСЗН справки, подтверждающей статус многодетной семьи;

в) получения в ГКУ-УСЗН проездных документов на детей из многодетных семей;

г) ведения журнала индивидуального учета получения лекарственных

препаратов, а также о необходимости обращения в ГКУ-УСЗН с указанным

журналом в целях осуществления ГКУ-УСЗН действий по его оформлению

(нумерация листов, заверение печатью и др.).

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

(подпись заявителя)

**Уведомлен (а) о запрете представления в органы, организации, учреждения**

**недействительной справки, срок действия которой досрочно прекращен в связи**

**с утратой многодетной семьей права на получение мер социальной поддержки**

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

(подпись заявителя)

Прошу выплачивать денежные выплаты через:

почтовое отделение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банк

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

(наименование и реквизиты кредитного учреждения, номер лицевого счета)

**Обязуюсь при закрытии (изменении) лицевого счета известить об этом**

**управление социальной защиты населения в трехдневный срок**

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приема заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Расписка-уведомление**

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приема заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_