ЗАЯВЛЕНИЕ

об изменении объема предоставляемых многодетной

семье мер социальной поддержки

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

(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 предоставить меры социальной поддержки:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

┌─┐

│ │ 1. Ежемесячную социальную выплату на оплату коммунальных услуг в жилом

└─┘

помещении, находящемся по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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) |

┌─┐

│ │ 2. Освобождение от платы за лекарства, приобретаемые по рецептам

└─┘

врачей, для детей в возрасте до 6 лет.

┌─┐

│ │ 3. 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.

┌─┐

│ │ 4. 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.

┌─┐

│ │ 5. Ежегодная денежная выплата 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.

**в связи с** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**членам моей**

**семьи:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество члена семьи)

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

К заявлению 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прилагаю 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

следующие 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Расписка-уведомление**

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