|  |  |
| --- | --- |
|  | ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" |
|  |
|  |
| от |  |
|  |  |
|  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя/представителя заявителя)* |
|  |
|  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя/представителя заявителя: |
| вид документа |  |
| серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |
| код подразделения |  |
| гражданство |  |
|  |
|  |
| *сведения о месте жительства, телефон, e-mail* |
|  |
| Реквизиты документа, подтверждающего право представителя заявителя представлять интересы\*: |
| вид документа |  |
| серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

|  |
| --- |
| Заявлениео предоставлении государственной услуги |
|  |
| Прошу предоставить гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(ФИО полностью, дата рождения)* |
| проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| компенсацию расходов на самостоятельное приобретение автономного дымового пожарного извещателя и источника автономного питания в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(указать цифрой и прописью)* |

 |
| Члены семьи, проживающие по указанному адресу:1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указываются полные ФИО, дата рождения)*К заявлению прилагаю: |
| № п/п | Наименование документа | Количество документов |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Согласен(а) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).Предупрежден(а) о том, что:при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность [статьей 159.2](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=464892&dst=1224) Уголовного кодекса Российской Федерации;при запросе документов (сведений) ЦСЗН, необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе;при наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление меры социальной поддержки (например: перемена места жительства, изменение персональных данных), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ, либо ПГУ ЛО, либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке. |
| Дата заявления |  |  |  |
|  | *(подпись заявителя (представителя заявителя)* |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): |
|  |
|  | Выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>: |
|  |
|  |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ. |

|  |
| --- |
| *--------------------------------**<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу.* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)* |  | *(дата)* |
|

|  |
| --- |
| Заполняется специалистом МФЦ: |
| Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении. |

 |
| Принял |  |  |  |  |  |
|  | *(дата приема)* |  | *(подпись специалиста)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

*\* В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется и к комплекту документов прилагается копия документа.*