

(наименование государственного областного казенного  
учреждения - центра социальной поддержки населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

От \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (полный адрес места жительства)

\_\_\_\_\_ (телефон)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Номер документа		Дата рождения	
Кем выдан			
СНИЛС (при отсутствии - место рождения)			

Место работы \_\_\_\_\_  
(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с \_\_\_\_\_  
(указать дату)

Вид пенсионного обеспечения:

Пенсия за выслугу лет     Пенсия по старости     Пенсия по инвалидности

Пенсия по случаю потери кормильца     Социальная пенсия  
Орган, осуществляющий выплату пенсии:

Пенсионный фонд РФ     Минобороны России     МВД России

МЧС России     ФСКН России     ФСИН России

Иной орган (указать какой) \_\_\_\_\_

Льготный социальный статус \_\_\_\_\_  
(указать категорию)

Сведения о составе семьи:

№ п/п	Ф.И.О. члена семьи	Число, месяц, год рождения	Степень родства	Наименование образовательного учреждения, в котором обучается ребенок

--	--	--	--	--

Представитель гражданина или законный представитель несовершеннолетнего ребенка (недееспособного лица) (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество)

(полный адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

(телефон)

Сведения о жилом помещении:

Наличие лифтового оборудования в доме (V)	ДА	НЕТ	Количество этажей в доме	Количество комнат в жилом помещении
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Прошу предоставить мне социальную поддержку, установленную законами Российской Федерации, законами Мурманской области и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Мурманской области:

1	Социальные выплаты (услуги) адресного характера	
1.1		
1.2		
1.3		
1.4		
1.5		
2	Меры социальной поддержки семей с детьми	
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		
3	Меры социальной поддержки отдельным категориям граждан	
3.1		
3.2		
3.3		
3.4		
3.5		

4	Дополнительные меры социальной поддержки в рамках целевых программ	
4.1		
4.2		
4.3		
4.4		
4.5		
Прошу перечислять денежные средства на счет N _____, открытый в _____ или на почтовое отделение связи N _____ ФГУП "Почта России"		

Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.  
 Получателем мер социальной поддержки по иным основаниям (федеральный льготный статус) не являюсь.  
 Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменения состава и дохода семьи и др.), обязуюсь сообщить в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно с момента их наступления (нужное подчеркнуть).  
 О принятом решении по предоставлению мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте \_\_\_\_\_  
 (указать адрес электронной почты)

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

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам	
	Подпись специалиста, принявшего заявление