Приложение

к Положению

о порядке предоставления мер

социальной поддержки отдельным категориям граждан

в Саратовской области

(в ред. постановлений Правительства Саратовской области

от 29.01.2013 N 32-П, от 14.08.2017 N 423-П)

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование учреждения социальной защиты населения)

 Заявление-обязательство

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество полностью)

 Зарегистрированный(ая) по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (индекс, адрес, телефон)

 по месту пребывания по адресу (на основании решения суда): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (индекс, адрес, телефон)

 являюсь опекуном: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество опекаемого гражданина)

 имеющего льготный статус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется при представлении документов опекуном)

 имею льготный статус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется при представлении документов лично

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

 гражданином, имеющим право на получение мер социальной поддержки)

 В соответствии с Законом Саратовской области от 26 декабря 2008 г.

N 372-ЗСО "О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в

Саратовской области" прошу назначить: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (мне/ Ф.И.О. лица, находящегося под

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

 опекой, при представлении документов опекуном)

 (отметить в графе)

|  |  |
| --- | --- |
| ежемесячную денежную выплату |  |
| ежемесячное возмещение расходов по оплате услуг местной телефонной связи |  |
| ежемесячное возмещение расходов по оплате услуг за пользование радио |  |
| возмещение расходов на установку телефона |  |
| возмещение расходов на проезд междугородными видами транспорта |  |
| возмещение дополнительных расходов на погребение реабилитированного лица |  |

 Представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Я ознакомлен(а) с обстоятельствами, влекущими прекращение ежемесячной

денежной выплаты, ежемесячного возмещения расходов по оплате услуг местной

телефонной связи, ежемесячного возмещения расходов по оплате услуг за

пользование радио (перемена места жительства, изменение льготного статуса,

расторжение договора на услуги связи), и обязуюсь своевременно (в течение

одного месяца) известить об их наступлении. В случае переплаты, возникшей

вследствие представления документов с заведомо неверными сведениями,

сокрытия данных, влияющих на право назначения выплат и их размеры, обязуюсь

вернуть денежные средства в соответствии с действующим законодательством.

 Согласен (на) на обработку и распространение своих персональных данных

при сохранении их конфиденциальности в соответствии с Федеральным законом

от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

 Прошу перечислять денежные средства (выбрать один из вариантов):

на почтовую организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

в кредитную организацию, р/с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ принял. Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

---------------------------------------------------------------------------

 Расписка

Документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Входящий N документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_