Приложение 2

к Административному регламенту

Список изменяющих документов

(в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=33C80ABFCCA3A3DD5CE3E135D08AE1AF7B58F0F3211C6AF5F520D016FD6E6645D75DC1B283189616672F1BB2F9ABH) Департамента социальной защиты

населения Вологодской области

от 30.10.2017 N 1836)

В КУ ВО "Центр социальных выплат"

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении государственной

социальной помощи (малоимущие)

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

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается адрес фактического проживания)

сведения о регистрации по месту жительства (месту пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указываются на основании записи в паспорте или в документе, подтверждающем

регистрацию по месту жительства (месту пребывания)

телефоны: раб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| СНИЛС |  |

прошу предоставить мне (моей семье) государственную социальную помощь в

связи с тем, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Сведения о составе семьи (лица, связанные родством и (или)

свойством, к которым относятся совместно проживающие и ведущие совместное

хозяйство супруги, их дети и родители, усыновители и усыновленные, братья и

сестры, пасынки и падчерицы)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Фамилия, имя, отчество заявителя и членов семьи | Родственные отношения | Дата и место рождения | Место работы (учебы) с указанием адреса и телефона/состоит в центре занятости населения (период) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2. Сообщаю, что я (моя семья) соответствую(ет) условию (при наличии

отметить условие):

а) наличие инвалидности у обоих неработающих родителей (одного родителя

- в неполных семьях) в семьях, имеющих детей в возрасте до 18 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указываются серия, номер, дата выдачи справок МСЭ, свидетельства о браке,

свидетельства о рождении ребенка (детей), дата рождения ребенка (детей)

б) наличие инвалидности у обоих неработающих супругов в одиноких

супружеских парах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указываются серия, номер, дата выдачи справок МСЭ, свидетельства о браке)

в) наличие детей у лица, не достигшего возраста совершеннолетия \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указываются серия, номер, дата выдачи свидетельства о рождении ребенка,

дата рождения ребенка)

г) наличие инвалидности у одиноких неработающих граждан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указываются серия, номер, дата выдачи справки МСЭ)

д) отсутствие трудовой занятости у лиц, указанных в таблице:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Льготная категория в соответствии со [ст. 1](consultantplus://offline/ref=33C80ABFCCA3A3DD5CE3E135D08AE1AF7B58F0F3211C6BF5F527D016FD6E6645D75DC1B283189616672F1BB3F9AAH) закона области от 01.06.2005 N 1285-ОЗ | Ф.И.О. члена семьи | Серия, номер, дата выдачи правоустанавливающего документа |
| 1. | Ветеран труда |  |  |
| 2. | Лица, имеющие удостоверение "Ветеран военной службы" в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=33C80ABFCCA3A3DD5CE3FF38C6E6BFAB7C5BAFF6201E66A5A170D641A2F3AEH) "О ветеранах", являющиеся пенсионерами и достигшие возраста 55 лет (женщины) и 60 лет (мужчины) |  |  |
| 3. | Реабилитированные лица |  |  |
| 4. | Лица, признанные пострадавшими от политических репрессий |  |  |
| 5. | Лица, выполнявшие служебно-боевые задачи (в том числе выполнявшие специальные задания и участвовавшие в специальных операциях) |  |  |
| 6. | Лица, имеющие удостоверение "Ветеран труда Вологодской области" |  |  |
| 7. | Лица, принимавшие участие в разминировании на территории Вытегорского района в период войны и в послевоенные (1945 - 1951) годы |  |  |
| 8. | Лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны |  |  |

3. Сведения об имуществе, принадлежащем мне и членам моей семьи на праве собственности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид имущества (земельные участки, жилые дома, дачи, квартиры, гаражи, транспорт, иное имущество) | Для транспортного средства - марка и год выпуска.  Для недвижимого имущества - адрес местонахождения и площадь (кв. м, соток) | Фамилия И.О. собственника |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. Заявляю, что за последние 3 месяца с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц денежный доход (руб.) моей семьи состоит из (доходы учитываются до вычета налогов и сборов):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Вид полученного дохода | Фамилия И.О. заявителя, члена семьи | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. | Доходы, полученные от трудовой деятельности (начисленная заработная плата, доходы от предпринимательской деятельности, денежное довольствие) |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Больничные и иные выплаты, полученные через фонд социального страхования (ФСС) |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Пенсия |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Стипендия |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Пособие по безработице, материальная помощь и иные выплаты безработным гражданам |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Алименты |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Меры социальной поддержки: | X | X | X | X | X | X |
| компенсация, выплачиваемая родителям (законным представителям) детей, посещающих образовательные организации, реализующие образовательные программы дошкольного образования (детский сад) |  |  |  |  |  |  |
| ежемесячная денежная выплата на каждого ребенка на проезд (кроме такси) на городском транспорте, а также на автобусах пригородных и внутрирайонных маршрутов |  |  |  |  |  |  |
| денежная выплата один раз в два года на каждого ребенка на приобретение комплекта одежды для посещения школьных занятий, спортивной формы для занятий физической культурой |  |  |  |  |  |  |
| Меры соцподдержки, предоставляемые КУ ВО "Центр соцвыплат" (да/нет) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Доходы от реализации и сдачи в аренду (наем) недвижимости (земельных участков, домов, квартир, дач, гаражей), транспортных средств |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Доходы от реализации продукции личного подсобного хозяйства, от сдачи грибов, ягод, рыбы и т.д. |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Иные доходы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать вид дохода) |  |  |  |  |  |  |

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи выплаченные мною (членом моей семьи) алименты в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Набор социальных услуг (социальный пакет) в соответствии с [главой 2](consultantplus://offline/ref=33C80ABFCCA3A3DD5CE3FF38C6E6BFAB7C52A7FF251966A5A170D641A23E6010971DC7E7FCA9H) Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" в виде (поставить галку)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов | получаю в денежной форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | получаю соц. услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | не получаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. Предоставления путевки на санаторно-курортное лечение | получаю в денежной форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | получаю соц. услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | не получаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Бесплатного проезда на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно | получаю в денежной форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | получаю соц. услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | не получаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Подтверждаю правильность и полноту сообщенных сведений.

Обязуюсь сообщить информацию о наступлении обстоятельств (изменение состава семьи, доходов), влияющих на выплату ежеквартального социального пособия или социального пособия на основании социального контракта, в течение двух недель со дня их наступления.

Мне известно, что:

- КУ ВО "Центр социальных выплат" вправе проводить проверки достоверности и полноты всех представленных мною в заявлении сведений;

- в случае установления недостоверности сведений, указанных мною в заявлении, сумма оказанной государственной социальной помощи должна быть возмещена получателем добровольно или будет взыскана в судебном порядке;

- обязательным условием для рассмотрения вопроса об оказании заявителю (его семье) государственной социальной помощи является проведение обследования материально-бытового положения специалистами организации социального обслуживания населения области по адресу, указанному в заявлении, в течение 5 дней со дня подачи заявления;

- размер и вид государственной социальной помощи заявителю (его семье) будет определен с учетом результата обследования материально-бытового положения, в зависимости от характера трудной жизненной ситуации, размера среднедушевого дохода и наличия возможностей к самообеспечению;

- несу ответственность за полноту и достоверность представленных для назначения государственной социальной помощи сведений, а также своевременность извещения об изменениях в представленных сведениях в соответствии с действующим законодательством.

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

Счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Документы приняты "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата и номер регистрации заявления) (подпись и

расшифровка

специалиста)

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

Среднедушевой доход заявителя (семьи) в месяц составляет \_\_\_\_\_\_\_ рублей

[<\*>](#P1272).

Величина прожиточного минимума заявителя (семьи) в месяц составляет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей [<\*\*>](#P1279).

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

<\*> Расчет среднедушевого дохода заявителя (его семьи) производится

исходя из суммы доходов членов семьи заявителя или одиноко проживающего

гражданина за три последних календарных месяца, предшествующих месяцу

подачи заявления об оказании государственной социальной помощи с учетом мер

социальной поддержки, предоставленных КУ ВО "Центр социальных выплат"

(далее - расчетный период), путем деления одной трети суммы доходов всех

членов семьи заявителя за расчетный период на число членов семьи заявителя.

<\*\*> Величина прожиточного минимума семьи заявителя определяется как

сумма величин прожиточных минимумов по соответствующим

социально-демографическим группам населения, к которым относится каждый из

членов семьи заявителя, деленная на число членов семьи заявителя.

Расчет произвел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись и расшифровка подписи специалиста)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года