Начальнику Отдела социальной

защиты населения

района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

города Москвы

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество заявителя)*

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон 8 ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать вид документа)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность | серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| срок действия |  | | |
| кем выдан |  | | |
| код подразделения ОВД |  | гражданство |  |
| место рождения |  | | |

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщаю прежние адреса и периоды регистрации по месту жительства в городе Москве *(подлежит заполнению, в случае если продолжительность регистрации заявителя по месту жительства в городе Москве в документе, удостоверяющем личность, составляет менее 10 лет):*

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Сведения о доверенном лице (законном представителе заявителя):

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон 8 ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование документа)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность) | серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| срок действия |  | | |
| кем выдан |  | | |
| код подразделения ОВД |  | гражданство |  |
| место рождения |  | | |

Данные, удостоверяющие личность заявителя (доверенного лица, законного представителя заявителя) сверены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО и подпись должностного лица (работника), ответственного за прием документов)*

**ЗАПРОС (ЗАЯВЛЕНИЕ)**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ**

(социальной выплаты за счет средств бюджета города Москвы)

Прошу предоставить мне государственную услугу

**«Назначение ежемесячной компенсационной выплаты отдельным категориям работающих пенсионеров»**

**О себе сообщаю следующую информацию:**

С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. являюсь получателем пенсии (пенсий) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пожизненного содержания

*(нужное подчеркнуть, указать вид пенсии (пенсий))*

а также других видов пенсионного обеспечения *(указать вид и размер)*:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Сведения об умершем кормильце/умершем члене семьи:

*(если заявитель претендует на получение социальной выплаты в связи со смертью кормильца)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| фамилия, имя, отчество | дата рождения | дата смерти | место смерти | родственные отношения |
|  |  |  |  |  |

Имею \_\_\_\_\_\_\_\_ группу инвалидности вследствие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать причину)*

Работаю с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата приема на работу) (наименование организации)*

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

в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

среднемесячная заработная плата составляет около \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_ коп.

Осуществляю иную деятельность (в качестве индивидуального предпринимателя, детектива, нотариуса или адвоката) с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

*(указать дату)*

Обучаюсь с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата начала обучения) (наименование учебного заведения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, форма обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имею на иждивении *(указать степень родства, ФИО и дату рождения)*:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Социальный статус *(ветеран Великой Отечественной войны, участник боевых действий и др.)*:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Имею следующие награды (знаки), почетные звания *(указать дату награждения/присвоения)*:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ранее государственная услуга не предоставлялась / предоставлялась:

*(нужное подчеркнуть)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование социальной выплаты | Период предоставления | Наименование органа, предоставлявшего услугу |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ежемесячную компенсационную выплату прошу осуществлять через:**

*(указать один из способов выплаты на территории города Москвы)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кредитное учреждение | | Отделение федеральной почтовой связи  (номер) |
| Наименование |  |  |
| Расч. счет |  |  |
| Кор. счет |  |  |
| БИК |  |  |
| КПП |  |  |
| ИНН |  |  |
| Номер личного счета |  |  |

**Документы и (или) информация, необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаются.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Перечень представленных документов  (*указать какие документы в копиях*): | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |
| Прошу запросить недостающие документы | дата получения | подпись специалиста Отдела социальной защиты населения |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

С порядком предоставления государственных услуг ознакомлен(а).

Конечный результат предоставления государственной услуги прошу:

сообщить устно, вручить лично, направить почтовым отправлением (*нужное подчеркнуть*).

Решение об отказе в приеме документов (информации, сведений, данных), необходимых для предоставления государственной услуги, прошу:

вручить лично, направить почтовым отправлением (*нужное подчеркнуть*).

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги прошу:

вручить лично, направить почтовым отправлением (*нужное подчеркнуть*).

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица - субъекта персональных данных (в случае если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на запрос данных, содержащихся в системе обязательного (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования; на проведение органами социальной защиты населения проверки сведений, указанных в заявлении и в представленных мною документах; использование персональных данных органами государственной власти города Москвы, в том числе в целях улучшения их деятельности, оператору персональных данных ОСЗН АО города Москвы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*наименование ОСЗН АО города Москвы*)

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

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

(законного представителя) (*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Расписка-уведомление**

*(выдается на руки заявителю)*

Запрос (заявление) и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты:

*(ФИО заявителя, законного представителя)*

Регистрационный номер запроса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО должностного лица (работника),

ответственного за прием документов

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Обязуюсь сообщить в Отдел социальной защиты населения района города Москвы, предоставляющий мне государственную услугу, в срок не позднее 10 календарных дней со дня наступления следующих обстоятельств, влияющих на право получения государственной услуги и (или) ее размер**:

- прекращение трудовой или иной оплачиваемой деятельности;

- изменение места работы и (или) занимаемой должности;

- назначение (перерасчет) ежемесячных денежных выплат, входящих в общую сумму материального обеспечения;

- поступление на полное государственное обеспечение в образовательной организации;

- поступление в организацию социального обслуживания для получения социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания на условиях постоянного или временного круглосуточного проживания;

- окончание обучения в образовательной организации по очной форме обучения;

- изменение места жительства (в том числе в пределах города Москвы), снятие с регистрационного учета в городе Москве по месту жительства;

- выезд для проживания (в том числе временно) за пределы территории Российской Федерации;

- приостановление (прекращение) выплаты пенсии в городе Москве;

Отдел социальной защиты населения района города Москвы вправе при наличии необходимой информации пересмотреть право на предоставление государственной услуги и (или) ее размер.

Если в результате несвоевременного сообщения в Отдел социальной защиты населения города Москвы о наступлении обстоятельств, влекущих за собой утрату права на получение государственной услуги и (или) изменение ее размера, образуется переплата, **излишне выплаченные суммы обязуюсь в добровольном порядке возместить в бюджет города Москвы**.

С текстом обязательства ознакомлен(а). Подтверждаю, что 1 экземпляр расписки-уведомления о подаче заявления и необходимых документов получил(ла) на руки.

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

(законного представителя) (*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Расписка-уведомление**

*(выдается на руки заявителю)*

Запрос (заявление) и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты:

*(ФИО заявителя, законного представителя)*

Регистрационный номер запроса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО должностного лица (работника),

ответственного за прием документов

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Обязуюсь сообщить в Отдел социальной защиты населения района города Москвы, предоставляющий мне государственную услугу, в срок не позднее 10 календарных дней со дня наступления следующих обстоятельств, влияющих на право получения государственной услуги и (или) ее размер**:

- прекращение трудовой или иной оплачиваемой деятельности;

- изменение места работы и (или) занимаемой должности;

- назначение (перерасчет) ежемесячных денежных выплат, входящих в общую сумму материального обеспечения;

- поступление на полное государственное обеспечение в образовательной организации;

- поступление в организацию социального обслуживания для получения социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания на условиях постоянного или временного круглосуточного проживания;

- окончание обучения в образовательной организации по очной форме обучения;

- изменение места жительства (в том числе в пределах города Москвы), снятие с регистрационного учета в городе Москве по месту жительства;

- выезд для проживания (в том числе временно) за пределы территории Российской Федерации;

- приостановление (прекращение) выплаты пенсии в городе Москве;

Отдел социальной защиты населения района города Москвы вправе при наличии необходимой информации пересмотреть право на предоставление государственной услуги и (или) ее размер.

Если в результате несвоевременного сообщения в Отдел социальной защиты населения города Москвы о наступлении обстоятельств, влекущих за собой утрату права на получение государственной услуги и (или) изменение ее размера, образуется переплата, **излишне выплаченные суммы обязуюсь в добровольном порядке возместить в бюджет города Москвы.**

С текстом обязательства ознакомлен(а). Подтверждаю, что 1 экземпляр расписки-уведомления о подаче заявления и необходимых документов получил(ла) на руки.

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

(законного представителя) (*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.