Начальнику Отдела социальной защиты

 населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 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  |  | гражданство |  |
| место рождения |  |

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, ответственного за прием документов)*

**ЗАПРОС (ЗАЯВЛЕНИЕ)**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ**

(социальной выплаты за счет средств бюджета города Москвы)

Прошу предоставить мне следующую государственную услугу:

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

**О себе сообщаю следующую информацию:**

С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. являюсь получателем пенсии (пожизненного содержания) в городе Москве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(указать вид пенсии (пожизненного содержания) и пенсионный орган, которым она выплачивается)*

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

|  |
| --- |
| Пенсия назначена на ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  *(дата рождения полностью)*Информация о ребёнке:Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Свидетельство о рождении: |
| место рождения | место регистрации рождения | дата актовой записи | номер актовой записи | серия | номер | дата выдачи |
|  |  |  |  |  |  |  |
| илиПаспорт ребенка (в возрасте от 14 до 18 лет – при наличии): |
| Серия |  | дата выдачи |  |
| Номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  |
| код подразделения ОВД |  | гражданство |  |
| место рождения |  |
| СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**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 |
|  |  |  |  |  |

Отношусь к льготной категории граждан *(указать льготную категорию):*

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

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

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

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

 *(дата начала обучения) ( наименование образовательной организации)*

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

на полном государственном обеспечении не нахожусь/ нахожусь с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(нужное подчеркнуть) (указать дату)*

В организации социального обслуживания для получения социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания на условиях постоянного или временного круглосуточного проживания,
не проживаю/проживаю с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(нужное подчеркнуть, указать дату и наименование организации*)

**Социальную 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. |
| Прошу запросить недостающие документы | дата получения | подпись специалиста Отдела социальной защиты населения города Москвы |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

С порядком предоставления государственной услуги ознакомлен(а).

Конечный результат предоставления государственной услуги прошу:

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

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с моими персональными данными (персональными данными несовершеннолетнего ребенка, 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; 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**

*(хранится в личном деле заявителя)*

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

*(ФИО заявителя, законного представителя)*

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

ФИО должностного лица,

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:**

- изменение (снятие) группы инвалидности;

- 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 (прекращение) обучения по очной форме обучения в образовательной организации;

- 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.

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**

*(хранится в личном деле заявителя)*

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

(ФИО заявителя, законного представителя)

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

ФИО должностного лица,

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**:

- изменение (снятие) группы инвалидности;

- 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 (прекращение) обучения по очной форме обучения в образовательной организации;

- 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.

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.