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

 (наименование центра социальной поддержки)

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

 (фамилия, имя, отчество,

 последнее - при наличии)

 проживающей по адресу

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

 (полный адрес места жительства)

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

 (вид, серия,

 номер)

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

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (формируется автоматически или

 заполняется специалистом центра

 социальной поддержки)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о назначении компенсационных выплат в связи с расходами

 по оплате жилых помещений, коммунальных и других видов услуг

 членам семей погибших (умерших) военнослужащих и сотрудников

 некоторых федеральных органов исполнительной власти

 Прошу назначить мне компенсационные выплаты в связи с расходами по

оплате жилых помещений, коммунальных и других видов услуг членам семей

погибших (умерших) военнослужащих и сотрудников некоторых федеральных

органов исполнительной власти.

 Для назначения представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Способ получения компенсационных выплат:

┌──┐

│ │ почтовым переводом

└──┘

┌──┐

│ │ перечислением на личный счет, открытый в Сберегательном банке

└──┘ Российской Федерации

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

 (номер счета и отделения Сбербанка России или номер отделения ФГУП "Почта

 России")

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

 (подпись заявителя)

 Льготы по статье 21 Федерального закона от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ "О

ветеранах", другим законодательным актам не получаю с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Совместно проживающие со мной члены семьи (указываются Ф.И.О., последнее -

при наличии, членов семьи), имеющие право на получение компенсационных

выплат, согласны с тем, что получателем компенсационных выплат являюсь я.

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

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

 Согласие на обработку своих персональных данных прилагаю.

 Расписка-уведомление о приеме заявления и документов получена.

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

 (подпись заявителя)

 Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии)

 Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Сведения о законном представителе (доверенном лице)

(заполняются в случае подачи лицом, имеющим право на получение

компенсационных выплат, заявления через законного представителя или

доверенное лицо)

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства (места пребывания, фактического проживания) \_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Дата рождения |  |
| Вид документа, удостоверяющего личность | Серия |  |
| Номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

Наименование, номер и серия документа, подтверждающего полномочия законного

представителя (доверенного лица), сведения об организации, выдавшей

документ, подтверждающий полномочия законного представителя (доверенного

лица), и дате его выдачи:

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

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

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

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

 (подпись)