|  |  |
| --- | --- |
| № запроса | В ГБУ РК «Центр по предрставлению государственных  услуг в сфере социальной защиты населения  Сыктывдинского района» |

Данные заявителя (физического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

Документ, удостоверяющий личность заявителя

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид |  | | | |
| Серия |  | Номер |  | |
| Выдан |  | | Дата выдачи |  |

Адрес регистрации заявителя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

Адрес места жительства заявителя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные данные |  |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить государственную услугу: назначение и выплата ежемесячной компенсационной выплаты одинокому неработающему трудоспособному родителю (опекуну), осуществляющему уход за ребенком-инвалидом (детьми-инвалидами) в возрасте до 18 лет (указать Ф.И.О. детей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подтверждаю, что мне разъяснена необходимость обработки персональныхданных в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=C45CBED8DD2E7CD7E05C4FCECB4C53C00D6EF397332D90BC19D141B295fEA1J) от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ   
«О персональных даны» и Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=C45CBED8DD2E7CD7E05C4FCECB4C53C00D60FF90352090BC19D141B295fEA1J) от 27.07.2010 г. N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Я предупрежден(а), что выплата, предоставленная неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на ее назначение или на исчисление ее размера, взыскивается в установленном законодательством порядке. Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Обязуюсь уведомить центр об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты ежемесячной компенсационной выплаты, в течение 5 рабочих дней со дня их наступления.

Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

|  |  |
| --- | --- |
| Способ уведомления о принятом решении (нужное подчеркнуть) | 1) при личном обращении в ГБУ РК «Центр  по предоставлению государственных услуг в сфере  социальной защиты населения»;  2) почтовым отправлением;  3) по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать электронный адрес) |
| Выплату прошу произвести через | 1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2) кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ филиала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расчетный (лицевой) счет |
| 3) через кассу центра по предоставлению государственных услуг (в случае представления документов в декабре 2017 года) |

Представлены следующие документы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Место получения результата предоставления услуги |  |
| Способ получения результата |  |

Данные представителя (уполномоченного лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

Документ, удостоверяющий личность представителя

(уполномоченного лица)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид |  | | | |
| Серия |  | Номер |  | |
| Выдан |  | | Дата выдачи |  |

Адрес регистрации представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)\

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |
| Контактные данные | |  | | | |
|  | | | |

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

Дата Подпись/ФИО

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

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на предоставление государственной услуги: назначение и выплата ежемесячной компенсационной выплаты одиноким неработающим трудоспособным родителям (опекунам), осуществляющим уход задетьми-инвалидами в возрасте до 18 лет

принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи специалиста)

Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Получатель ежемесячной компенсационной выплаты обязан уведомить центр в течение 5 рабочих дней со дня наступления обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячной компенсационной выплаты, в том числе следующих:

1) утрата права на ежемесячную компенсационную выплату (назначение пособия по безработице; поступление на работу по трудовым договорам и (или) осуществление работы по договорам гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ и (или) оказание услуг на возмездной основе, осуществление предпринимательской деятельности; вступление в брак);

2) ограничение родителя в родительских правах или лишение его родительских прав;

3) освобождение либо отстранение опекуна от исполнения своих обязанностей;

4) устройство ребенка в государственное стационарное учреждение социального обслуживания, специализированное учреждение для несовершеннолетних, нуждающихся   
в социальной реабилитации, специальную (коррекционную) образовательную организацию.

|  |  |
| --- | --- |
| Срок принятия решения |  |
| Контактный телефон ГБУ РК "Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" |  |
| Режим работы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный N | Дата приема документа | Подпись (фамилия, инициалы) |
|  |  |  |