**Заявление**

**о предоставлении мер социальной поддержки**

**многодетной семье**

Начальнику управления социальной защиты населения по Магдагачинскому району

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

(фамилия, имя, отчество, дата рождения заявителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность)

 кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес жительства (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер пенсионного страхового свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставлять моей семье следующие меры социальной поддержки в соответствии с Законом Амурской области от 19.01.2005 № 408-ОЗ «О мерах социальной поддержки многодетных семей»:

ежемесячную социальную выплату на оплату коммунальных услуг в жилом помещении, находящемся по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

освобождение от платы за лекарства, приобретаемые по рецептам врачей, для детей в возрасте до 6 лет;

бесплатный проезд обучающихся в общеобразовательных организациях по образовательным программам начального общего, основного общего и (или) среднего общего образования на период учебного года по муниципальным маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам, а также по межмуниципальным маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам в границах муниципального района и городского округа, являющегося административным центром данного муниципального района;

бесплатное питание один раз в день для обучающихся по образовательным программам основного общего и (или) среднего общего образования в общеобразовательных организациях в дни посещения учебных занятий;

ежегодную денежную выплату на приобретение комплекта детской одежды и (или) обуви на обучающихся в общеобразовательных организациях по образовательным программам начального общего, основного общего и (или) среднего общего образования

**Сведения о лицах, входящих в состав многодетной семьи:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Степень родства с заявителем | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | СНИЛС | Льготный статус (при наличии) | Информация о наличии регистрации по месту жительства (пребывания) в жилом помещении совместно с заявителем по указанному адресу (да/нет) | Наименование детской поликлиники, к которой прикреплен несовершенно- летний ребёнок |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Подтверждаю, что указанные лица, входящие в состав моей многодетной семьи, со мной совместно проживают и ведут совместное хозяйство по указанному адресу моего места жительства (пребывания)**

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

 (подпись заявителя)

**Сведения о лицах, совместно зарегистрированных с заявителем по указанному адресу места жительства (пребывания) и не являющихся членами многодетной семьи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Степень родства с заявителем | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Льготный статус (при наличии) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Сведения о жилом помещении**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Вид жилищного фонда (государственный, муниципальный, частный) |  |
| 2. Реквизиты документов, подтверждающих правовые основания владения и пользования жилым помещением |  |
| 3. Общая площадь жилого помещения |  |
| 4. Жилая площадь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5. Количество комнат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. Этаж \_\_\_\_\_ общее кол-во этажей \_\_\_\_\_ | 7. Лифт (да/нет) |
| 8. Жилищные условия (благоустроенное, частично благоустроенное, неблагоустроенное) | 9. Отопление (централизованное, автономное, печное) |
| 10. Горячее водоснабжение (да/нет) | 11. Холодное водоснабжение (да/нет) |
| 12. Газоснабжение (да/нет) | 13. Наличие электроплиты (да/нет) |
| 14. Мусоропровод (да/нет) | 15. Наличие печного отопления (да/нет) |
| 16. Канализация (да/нет) | 17. Обращение с твердыми коммунальными отходами (да/нет) |

**Дополнительная информация:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обязуюсь незамедлительно извещать управление социальной защиты населения по месту жительства (пребывания)**:

1) о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера ежемесячной социальной выплаты (изменение состава семьи, площади занимаемого жилого помещения, места жительства (пребывания), перечня потребляемых коммунальных услуг и т.п.);

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

 (подпись заявителя)

2) о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления мер социальной поддержки (прекращение ребенком обучения в общеобразовательной организации, прекращения совместного проживания с детьми (ребенком), изменение состава семьи, выезд семьи на постоянное место жительства за пределы территории обслуживания ГКУ-УСЗН, лишение (ограничение) прав в отношении детей, прекращение осуществления воспитания детей и т.п.).

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

 (подпись заявителя)

**Уведомлен(а) о необходимости:**

а) ежегодного подтверждения права на получение мер социальной поддержки;

б) получения в ГКУ-УСЗН справки, подтверждающей статус многодетной семьи;

в) получения в ГКУ-УСЗН проездных документов на детей из многодетных семей;

г) ведения журнала индивидуального учета получения лекарственных препаратов, а также о необходимости обращения в ГКУ-УСЗН с указанным журналом в целях осуществления ГКУ-УСЗН действий по его оформлению (нумерация листов, заверение печатью и др.).

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

 (подпись заявителя)

**Уведомлен(а) о запрете представления в органы, организации, учреждения недействительной справки, срок действия которой досрочно прекращен в связи утратой многодетной семьей права на получение мер социальной поддержки**

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

 (подпись заявителя)

Прошу выплачивать денежные выплаты через:

почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты кредитного учреждения, номер лицевого счета)

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

**Обязуюсь при закрытии (изменении) лицевого счета известить об этом управление социальной защиты населения в трехдневный срок**

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приема заявления \_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **Расписка-уведомление**

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приема заявления \_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_