

Руководителю органа социальной защиты населения администрации района/города

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)  
проживающего (ей) по адресу:

\_\_\_\_\_ (указать почтовый индекс и адрес  
постоянного жительства (пребывания)  
Контактный телефон

Е-mail: \_\_\_\_\_

Являюсь \_\_\_\_\_  
(указать все имеющиеся льготные статусы)

- |                          |   |                          |                           |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ветераном труда   | <input type="checkbox"/> | ветераном труда края      |
| <input type="checkbox"/> | инвалидом   | <input type="checkbox"/> | ветераном боевых действий |
| <input type="checkbox"/> | ребенком-инвалидом  | <input type="checkbox"/> | инвалидом боевых действий |
| <input type="checkbox"/> | тружеником тыла   |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | участником или инвалидом ВОВ/лицом, приравненным к ним  |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | реабилитированным/пострадавшим от политических репрессий  |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | бывшим несовершеннолетним узником фашизма   |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | жителем блокадного Ленинграда, признанным инвалидом   |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | родителем погибшего (умершего) военнослужащего  |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | специалистом, работающим и проживающим в сельской местности   |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | пенсионером из числа бывших специалистов, работающих и проживающих в сельской местности               |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | лицом, подвергшимся радиационному воздействию/членом его семьи  |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | членом семьи погибшего (умершего) инвалида или участника ВОВ  |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | членом семьи погибшего (умершего) военнослужащего, ветерана боевых действий, инвалида боевых действий |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | членом семьи, имеющей 3 или 4 несовершеннолетних детей  |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | членом семьи, имеющей 5 и более несовершеннолетних детей  |                          |                           |

гражданином, проходившим военную службу и выполнявшим задачи в условиях чрезвычайного положения и (или) при вооруженных конфликтах в периоды и (или) на территориях Российской Федерации, бывших республик СССР или других государств, не включенных в [раздел III](#) приложения к Федеральному закону "О ветеранах"

педагогическим работником, работающим и проживающим в сельской местности

пенсионером из числа бывших педагогических работников, работающих и проживающих в сельской местности

неработающим собственником жилого помещения, достигшим возраста 70 лет, проживающим одиноко либо в семье, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста

неработающим собственником жилого помещения, достигшим возраста 80 лет, проживающим одиноко либо в семье, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить меры социальной поддержки на оплату жилого помещения и коммунальных услуг в соответствии с действующим законодательством мне как

\_\_\_\_\_ (указать выбранный льготный статус)

и членам моей семьи (при наличии оснований на меры социальной поддержки членов семьи)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(с указанием ФИО каждого члена семьи и степени родства с льготоносителем) Проживаю (ем) в жилом помещении, имеющем следующие характеристики (нужное подчеркнуть):

тип жилья: квартира/индивидуальный жилой дом/комната в общежитии;

тип плиты: электрическая/газовая;

вид отопления: центральное/печное/электроотопление;

водоснабжение:

холодное водоснабжение: центральное/с колонок/летний водопровод;

горячее водоснабжение;

водоотведение: центральное/септик.

При условии согласия на обработку его (их) персональных данных, зарегистрированного (ых) в жилом помещении совместно со мной по месту жительства и (или) по месту пребывания

К заявлению прилагаю следующие документы:

п/п	Наименование документа	Кол-во (шт.)
1	Копия документа, удостоверяющего личность (с отметкой регистрации по месту жительства)	
2	Копии удостоверений (свидетельств), подтверждающих право на получение мер социальной поддержки	
3	Копии документов, подтверждающих правовые основания владения и пользования жилым помещением (либо иной документ, содержащий сведения об общей площади жилого помещения)	
3.1	Документы, содержащие сведения о платежах за жилое	

	<p>помещение и коммунальные услуги, начисленных за месяц, предшествующий месяцу подачи заявления о назначении мер социальной поддержки на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, о наличии (отсутствии) задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг. В случае наличия задолженности копия соглашения по погашению задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг.</p> <p>Указанные в <a href="#">пункте 3.1</a> документы инвалидами или семьями, имеющими ребенка-инвалида представляются по собственной инициативе</p>	
4 <*>	Копия свидетельства о регистрации по месту пребывания	
5 <*>	Документ, подтверждающий прекращение предоставления (непредоставление) мер социальной поддержки (субсидий) на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по месту постоянного жительства	
6	<p>Иные документы, установленные для отдельных категорий граждан (документ о составе семьи, копии свидетельств о рождении детей, копия пенсионного удостоверения либо справка органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, копия справки, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, документы, подтверждающие, что нетрудоспособные совместно проживающие члены семьи ветерана труда находятся на его полном содержании или получают от него помощь, которая является для них постоянным и основным источником средств к существованию, копия трудовой книжки для пенсионеров из числа специалистов государственной ветеринарной службы Красноярского края, для педагогов-пенсионеров, неработающих собственников жилого помещения, достигших возраста 70 (80 лет), проживающих одиноко либо в семье, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста, справка органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, подтверждающая назначение двух пенсий, справка с места работы, подтверждающая трудовые отношения с учреждением на должности, указанной в законе края, справка с места учебы, подтверждающая обучение по очной форме в образовательном учреждении, копия свидетельства о регистрации брака, копия извещения о гибели (пропаже без вести) военнослужащего или другого документа, подтверждающего факт гибели военнослужащего, справка об исполнении обязанностей военной службы, копия военного билета либо документа, выданного военным комиссариатом, воинской частью либо архивной организацией, подтверждающего прохождение военной службы и участие в выполнении задач в условиях чрезвычайного положения и (или) при вооруженных конфликтах в периоды и (или) на территориях Российской Федерации, бывших республик СССР или других государств, не включенных в <a href="#">раздел III</a> приложения к Федеральному закону "О ветеранах", документы, содержащие сведения о платежах за жилое помещение и коммунальные услуги)</p>	

<\*> представляется в случае обращения за назначением мер социальной поддержки по месту пребывания.

Итого приложения на \_\_\_\_\_ листах.

В дальнейшем делегирую полномочия органу социальной защиты населения принимать решения без моего заявления о назначении мер социальной поддержки

