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

 (наименование территориального

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

 управления (отдела управления)

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

 социальной защиты населения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_*Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество без сокращений)

зарегистрированный(ая) по адресу: *627010, Тюменская область, г. Ялуторовск, ул. Ленина, 1*

 (на основании записи в паспорте)

имею удостоверение на меры социальной поддержки: серия \_\_*А*\_\_ N *000001*

дата выдачи *01.01.1997*\_ выдано *Департамент социального развития Тюменской области*.

 (указать орган, выдавший удостоверение)

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

заполняется при обращении членов семей умершего кормильца или иных лиц

являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать степень родства (вдова, родитель, ребенок) либо иное лицо, взявшее

на себя организацию похорон, и Ф.И.О. умершего кормильца)

удостоверение умершего на меры социальной поддержки:

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать орган, выдавший удостоверение)

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

 заполняется в случае представления интересов гражданина третьим лицом

Сведения о лице, представляющем интересы заявителя (заполняется

представителем заявителя):

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

 (Ф.И.О. представителя и наименование документа,

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

 подтверждающего полномочия представителя)

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

в соответствии с (нужное отметить):

┌Х┐

└─┘ Законом РФ от 15.05.1991 N 1244-1 "О социальной защите граждан,

 подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на

 Чернобыльской АЭС";

┌─┐

└─┘ Федеральным законом от 26.11.1998 N 175-ФЗ "О социальной защите

 граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации

 вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и

 сбросов радиоактивных отходов в реку Теча";

┌─┐

└─┘ Федеральным законом от 10.01.2002 N 2-ФЗ "О социальных гарантиях

 гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных

 испытаний на Семипалатинском полигоне";

┌─┐

└─┘ Постановлением ВС РФ от 27.12.1991 N 2123-1 "О распространении

 действия Закона РСФСР "О социальной защите граждан, подвергшихся

 воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС" на

 граждан из подразделений особого риска"

прошу предоставить мне (нужное отметить):

┌Х┐

└─┘ ежемесячную денежную компенсацию на приобретение продовольственных

 товаров \*;

┌─┐

└─┘ ежемесячную денежную компенсацию в возмещение вреда, причиненного

 здоровью в связи с радиационным воздействием вследствие радиационных

 аварий, катастроф и ядерных испытаний;

┌Х┐

└─┘ ежемесячную денежную компенсацию в возмещение вреда, причиненного

 здоровью в связи с радиационным воздействием вследствие чернобыльской

 катастрофы и повлекшего утрату трудоспособности (без установления

 инвалидности);

┌─┐

└─┘ ежемесячную денежную компенсацию на питание детей в дошкольных

 образовательных организациях (специализированных детских учреждениях

 лечебного и санаторного типа) \*;

┌─┐

└─┘ ежемесячную компенсацию на питание обучающихся по образовательным

 программам дошкольного образования, если они не посещают организацию,

 осуществляющую образовательную деятельность, по медицинским

 показаниям \*;

┌─┐

└─┘ ежемесячную компенсацию на питание обучающихся по образовательным

 программам начального общего, основного общего или среднего общего

 образования, если они не посещают организацию, осуществляющую

 образовательную деятельность, по медицинским показаниям \*;

┌─┐

└─┘ ежемесячную компенсацию семьям за потерю кормильца - участника

 ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС;

┌Х┐

└─┘ ежегодную компенсацию на оздоровление;

┌Х┐

└─┘ ежегодную компенсацию за вред здоровью;

┌─┐

└─┘ ежегодную компенсацию детям, потерявшим кормильца - участника

 ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС;

┌─┐

└─┘ единовременное пособие в связи с переездом на новое место

 жительства \*\*;

┌─┐

└─┘ единовременную компенсацию за вред здоровью;

┌─┐

└─┘ единовременную компенсацию семьям, потерявшим кормильца вследствие

 чернобыльской катастрофы, родителям погибшего;

┌─┐

└─┘ пособие на погребение;

┌─┐

└─┘ ежемесячное пособие по уходу за ребенком в двойном размере до

 достижения ребенком возраста трех лет;

┌─┐

└─┘ выплату среднего заработка после прибытия на новое место жительства

 на период трудоустройства, но не более чем на четыре месяца, на период

 обучения новым профессиям (специальностям) при отсутствии возможности

 первоочередного трудоустройства на новом месте жительства в

 соответствии с профессией и квалификацией;

┌─┐

└─┘ оплату ежегодного дополнительного отпуска;

┌─┐

└─┘ компенсацию стоимости проезда, расходов по перевозке имущества

 железнодорожным, водным, автомобильным и авиационным (в случае, если

 нет другого) транспортом, а также стоимости услуг по погрузке и

 разгрузке имущества \*\*;

┌─┐

└─┘ ежемесячную компенсацию на питание детей, страдающих заболеваниями

 вследствие радиационного воздействия на их родителей в результате

 ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне;

┌─┐

└─┘ ежемесячную денежную компенсацию гражданам, получившим накопленную

 эффективную дозу облучения свыше 35 сЗв (бэр);

┌─┐

└─┘ ежемесячную денежную компенсацию гражданам, получившим накопленную

 эффективную дозу облучения свыше 7 сЗв (бэр), но не более 35 сЗв (бэр).

Сведения о гражданах, зарегистрированных по месту жительства получателя

компенсации (заполняется Ф.И.О. и дата рождения зарегистрированного

совместно лиц(-а), в случае выбора компенсаций и иных выплат, отмеченных

"\*"):

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

Сведения о составе семьи по месту жительства в зоне отчуждения (зоне

отселения) до переселения (заполняется адрес прежнего места жительства в

указанных зонах, а также Ф.И.О. и дата рождения зарегистрированного

совместно лиц(-а), в случае выбора компенсаций и иных выплат, отмеченных

"\*\*"):

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

Денежные средства прошу выплачивать через (нужное отметить):

┌─┐

└─┘ через организацию федеральной почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать почтовый адрес

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 получателя компенсации (других выплат) либо почтовое отделение)

┌Х┐

└─┘ через кредитную организацию *№ 29/240 № 00000000000000000000*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать наименование кредитной организации,

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

 номер ОСБ (при наличии), номер счета получателя)

В настоящее время я (представляемый мной гражданин):

(нужное отметить)

┌─┐

└─┘ не являюсь получателем пенсии;

┌Х┐

└─┘ являюсь получателем пенсии в *ГУ – Управление пенсионного фонда в Заводоуковском городском округе Тюменской области (межрайонное)*;

 (указать орган, где получает пенсию)

(нужное отметить)

┌Х┐

└─┘ не работаю;

┌─┐

└─┘ работаю в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать организацию, где работает)

 Почтовый адрес (электронный адрес), на который необходимо отправлять

уведомление о принятом решении): *627010, Тюменская область, г. Ялуторовск, ул. Ленина, 1*.

Прилагаю документы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ксерокопия паспорта |
| 2. | Ксерокопия удостоверения инвалида вследствие аварии на Чернобыльской АЭС |
| серия А № 000001, выданное Департаментом социального развития Тюменской области, 01.01.1997 |

3. Справка МСЭ-2011 № 00000001 от 01.01.2011

4. СНИЛС

Я проинформирован(-а) о порядке предоставления денежных компенсаций,

пособий и иных выплат.

Я предупрежден(-а) об ответственности за достоверность сообщаемых мною

сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации и

достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись)

Об изменении условий, необходимых для доставки компенсаций, пособий и иных

выплат (об изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных, места

жительства либо изменении банковских реквизитов счета, открытого в

кредитной организации), а также об обстоятельствах, влекущих прекращение

выплат, обязуюсь сообщить в срок не позднее 30 календарных дней со дня

изменения указанных условий или наступления указанных обстоятельств.

Дата заполнения \_\_*02.07.2018*\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (линия отреза, расписка-уведомление выдается на руки заявителю)

 Расписка-уведомление о приеме документов для получения

 государственной услуги по предоставлению денежных компенсаций

 гражданам, подвергшимся воздействию радиации

Заявление \_\_\_*Иванова Ивана Ивановича*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

с приложением документов на \_\_*5\_*\_ л. принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата принятия заявления)

и зарегистрировано под N \_\_\_*888*\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_*Сидорова Мария Сидоровна*\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. специалиста, принявшего заявление)