В Межрайонное управление социальной

защиты населения

(г. Ялуторовск, Ялуторовский и Исетский районы)

(наименование территориального управления

(отдела) социальной защиты населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об оказании адресной социальной помощи в целях выхода на самообеспечение**

Фамилия, имя, отчество (без сокращений) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указываются почтовый индекс, наименование региона, района, города, села, иного населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры адреса регистрации по месту жительства или адреса регистрации по месту пребывания или адреса фактического проживания)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

заполняется в случае представления интересов гражданина (семьи) третьим лицом

представляю интересы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф. И. О., адрес места жительства гражданина, чьи интересы представляются)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, дающего право представлять интересы)

Смена фамилии (имени, отчества) гражданина (нужное отметить):

┌─┐

└─┘ да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ о смене фамилии (имени, отчества),

┌─┐ свидетельство о заключении брака) [[1]](#footnote-1)\*

└─┘ нет

Заполняется в случае отсутствия трудовой книжки (отметить):

┌─┐

└─┘ заявляю, что я/представляемый мною гражданин нигде не работал (-а) и не работаю/не работает по трудовому договору, не осуществляю/не осуществляет деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не отношусь/не относится к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию;

┌─┐

└─┘ заявляю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. члена (членов) семьи заявителя) нигде не работал (-а) и не работает по трудовому договору, не осуществляет деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не относится к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию.

Прошу оказать мне (моей семье)/представляемому мною гражданину (его семье) адресную социальную помощь в целях выхода на самообеспечение на условиях социального контракта и выплатить мне/представляемому мною гражданину (нужное отметить):

┌─┐

└─┘ на счет в кредитной организации

┌─┐

└─┘ через организацию федеральной почтовой связи

Уведомление о принятом решении прошу направить на адрес (нужное отметить):

┌─┐

└─┘ почтовый адрес заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указывается почтовый индекс, наименование региона, района, города, села, иного населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры адреса регистрации по месту жительства или адреса регистрации по месту пребывания или адреса фактического проживания)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------На почтовый адрес заявителя уведомление направляется только в случае отказа в оказании адресной социальной помощи.

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

┌─┐

└─┘ электронный адрес заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать адрес)

┌─┐

└─┘ через Личный кабинет заявителя федерального или регионального портала (в случае подачи заявления в электронном виде).

Заявляю, что за три последних календарных месяца, предшествующих месяцу подачи настоящего заявления, я и члены моей семьи/представляемый мною гражданин (члены его семьи) (нужное отметить):

┌─┐

└─┘ алименты;

┌─┐

└─┘ получал (-а) (получали);

┌─┐

└─┘ не получал (-а) (не получали);

┌─┐

└─┘ в Федеральной службе судебных приставов Российской Федерации в производстве исполнительный лист о взыскании алиментов:

┌─┐

└─┘ находится;

┌─┐

└─┘ не находится;

┌─┐

└─┘ не приобретал (-а) (не приобретали) недвижимое имущество и транспортные средства,

┌─┐

└─┘ приобрел (-а) (приобрели):

┌─┐

└─┘ недвижимое имущество;

┌─┐

└─┘ транспортное средство;

┌─┐

└─┘ не производил (-а) (не производили) оплату за обучение в образовательной организации

┌─┐

└─┘ произвел (-а) (произвели) оплату за обучение в образовательной организации

Заявляю, что я и члены моей семьи/представляемый мною гражданин и члены его семьи (нужное отметить):

┌─┐

└─┘ не имеем/не имеют в собственности два и более жилых помещений (за исключением случаев, когда имеются в собственности доли в жилом помещении и сособственники данного жилого помещения не являются совместно проживающими членами моей семьи, а также случаев, когда два и более жилых помещения оформлены в собственность после их предоставления многодетной семье по договорам социального найма с учетом социальной нормы на каждого члена семьи);

┌─┐

└─┘ имеем/имеют в собственности два и более жилых помещений.

Я/представляемый мною гражданин уведомлен (-ы), что наличие в собственности двух и более жилых помещений является основанием для отказа в оказании адресной социальной помощи в виде социального пособия. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись.

Заявляю, что я и члены моей семьи/представляемый мною гражданин и члены его семьи не имеют дополнительного дохода, кроме дохода, указанного в настоящем заявлении и (или) в прилагаемых к настоящему заявлению документах о доходах.

Я/представляемый мною гражданин предупрежден (-а), что предоставление недостоверных сведений и (или) непредставление или неполное представление документов, обязательных к представлению в соответствии с пунктом 8 Положения об оказании адресной социальной помощи в Тюменской области, является основанием для отказа в оказании адресной социальной помощи, а также об иных причинах для отказа в оказании адресной социальной помощи, предусмотренных пунктом 17 Положения об оказании адресной социальной помощи в Тюменской области.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Дополнительные сведения, необходимые при рассмотрении вопроса об оказании мне (моей семье)/представляемому мною гражданину (его семье) адресной социальной помощи в целях выхода на самообеспечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(заполняется специалистом, ответственным за прием документов)

Заявление гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с приложением документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(перечень документов)

приняты "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и зарегистрированы под № \_\_\_\_\_\_\_.

Ф. И. О. специалиста, принявшего заявление: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. полностью)

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

(линия отреза)

РАСПИСКА

Заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О.)

с приложением документов на \_\_\_ л. принято "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и

зарегистрировано под № \_\_\_\_\_\_\_.

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

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

Телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. \*сведения заполняются в случае непредоставления соответствующих документов [↑](#footnote-ref-1)