Руководителю КУ "Центр социальных выплат Югры"

(филиала) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прохождении регистрации для предоставления

социального пособия

Индивидуальные сведения о заявителе:

Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие льготной категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(не имею, инвалид с детства)

Документ, удостоверяющий личность заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан: | | | | | |

┌─┐

Виды пособия (нужное отметить │V│)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ └─┘

┌─┐ Ежемесячное социальное пособие неработающим пенсионерам (женщины старше

└─┘ 50 лет, мужчины старше 55 лет)

┌─┐ Ежемесячное социальное пособие инвалидам с детства I и II групп,

└─┘ получающим социальную пенсию в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=596C30AD6F9F50CF203B8BE69448A711A9A55AEFFE01739E549B94B28DB2CDE8ED4E4BF18AA4BE9AE7DF9099CElEIEM) "О

государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации"

К заявлению ПРИЛАГАЮ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень документов | Количество листов |
| 1 | копия документа, удостоверяющего личность и содержащего указание на гражданство Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации |  |

1. Дополнительно для регистрации получателей социального пособия (для

неработающих пенсионеров):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | трудовая книжка, иные документы, выданные в установленном порядке, подтверждающие стаж работы на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры |  |
| 2 | свидетельство о заключении (расторжении) брака, свидетельство о перемене имени (в случае изменения фамилии, имени, отчества) |  |

2. Дополнительно для регистрации получателей социального пособия (для

инвалидов с детства I и II групп):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | трудовая книжка (при ее наличии) |  |
| 2 | справка об установлении инвалидности |  |

Я нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь

неработающим пенсионером, дополнительную негосударственную пенсию за счет

средств предприятия (организации) и иные меры социальной поддержки в

денежном выражении в соответствии с федеральным законодательством и

законодательством Ханты-Мансийского автономного округа - Югры не получаю и

подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и

точной. О поступлении на работу, осуществлении предпринимательской

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

деятельности, смене счета в кредитном учреждении, перемене места жительства

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

обязуюсь письменно известить в течение 5 дней с момента наступления

указанных событий.

- Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством

Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных

сведений, которые могут послужить поводом для прекращения назначенной меры

социальной поддержки (ежемесячного социального пособия).

Со сроками регистрации \_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_\_ ознакомлен (а).

- Выражаю согласие на необходимое использование моих персональных

данных, в том числе в информационных системах

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| Регистрационный номер | Дата приема | Подпись специалиста | Расшифровка подписи |

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

Расписка о принятии документов