Приложение к письму

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководителю казенного учреждения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Агентство социального благополучия населения»

(отдела)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дополнительного ежемесячного материального обеспечения неработающим гражданам Российской Федерации, проживающим
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, получающим страховую пенсию по старости в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года
№ 400-ФЗ «О страховых пенсиях» и имеющим почетные звания «Народный учитель СССР», «Народный учитель Российской Федерации»

 1. Индивидуальные сведения о заявителе:

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

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

Адрес места пребывания (фактического проживания) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется в случае, если адрес места жительства не совпадает с адресом места пребывания (фактического проживания))

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

 2. Законный представитель:

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

(фамилия, имя, отчество)

Почетное звание «Народный учитель СССР», «Народный учитель Российской Федерации» (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы, подтверждающие присвоение почетного звания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

название

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

Документ, удостоверяющий личность и содержащий указание на гражданство Российской Федерации

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Выдан: |

 3. Прошу предоставить дополнительное ежемесячное материальное обеспечение

 4. К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень документов | Количество листов |
| 1. | копии документов, подтверждающих присвоение почетного звания  |  |
| 2. | документ, подтверждающий полномочия законного представителя  |  |
| 3. | паспорт гражданина Российской Федерации |  |
| Сведения и документы, которые подлежат получению в порядке межведомственного взаимодействия (заявитель имеет право представить указанные документы по собственной инициативе) |
| 13. | сведения о действительности (недействительности) документа, удостоверяющего личность и содержащего указание на гражданство Российской Федерации заявителя (законного представителя) |  |
| 14. | сведения о проживании в автономном округе в совокупности не менее 10 лет с начала осуществления преподавательской деятельности  |  |
| 15. | сведения, подтверждающие факт работы гражданина в автономном округе в совокупности не менее 10 лет с начала осуществления преподавательской деятельности  |  |
| 16. | сведения, подтверждающие факт получения страховой пенсии по старости в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 400-ФЗ «О страховых пенсиях» |  |
| 17. | сведения, подтверждающие отсутствие факта осуществления трудовой деятельности гражданином на 1-е число месяца, в котором поступило заявление |  |

Прошу перечислять причитающиеся мне суммы:

 на счет N:



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

, открытый в кредитной организации

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

(наименование кредитной организации, филиала кредитной организации)

 Я нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 10 рабочих дней сообщить обо всех обстоятельствах, влияющих на предоставление мер социальной поддержки (изменение места жительства, выезд за пределы автономного округа, начало осуществления трудовой деятельности).

 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.

 Выражаю согласие на необходимое использование моих персональных данных в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&date=02.07.2024) от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе в информационных системах.

 В случае наличия оснований для отказа в предоставлении государственной услуги уведомление о принятом решении прошу направить:

 в бумажном виде по адресу:

 в электронном виде на электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Расписка о принятии документов

(выдается на руки заявителю)

Документы на предоставление дополнительного ежемесячного материального обеспечения приняты

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_