Приложение № 1

к административному регламенту

Комитет по социальной политике администрации городского округа

«Город Калининград»

Примерная форма заявления

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении ежемесячной компенсационной выплаты на оплату коммунальных услуг ветеранам становления Калининградской области, проживающим на территории городского округа «Город Калининград»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Заявитель | | | | | | | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)* | | | | | | | | | | | | |
| СНИЛС | |  | | | | | | | | | | |
| Телефон (мобильный): | | | | | | |  | | | | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | |  | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность заявителя: | | | | | | | | | |  | | |
| наименование: | | | | |  | | | | | | | |
| серия, номер: | | | |  | | | | | дата выдачи: | |  | |
| кем выдан: | | |  | | | | | | | | | |
| код подразделения: | | | | | |  | | | | | | |
| Адрес регистрации по месту жительства и/или по месту пребывания: | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Представитель заявителя: | | | | | | | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии))* | | | | | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность заявителя: | | | | | | | | | |  | | |
| наименование: | | | | |  | | | | | | | |
| серия, номер: | | | |  | | | | | дата выдачи: | |  | |
| кем выдан: | | |  | | | | | | | | | |
| код подразделения: | | | | | |  | | | | | | |
| Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя: | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

Сведения, указанные в заявлении, достоверны. Документы (копии документов), приложенные к заявлению, соответствуют требованиям, установленным законодательством Российской Федерации, на момент подачи заявления эти документы действительны и содержат достоверные сведения.

Даю свое согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Расписку в приеме документов получил(а).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. «\_\_\_\_» ч. «\_\_\_\_\_» мин.

Способ получения результата предоставления муниципальной услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | на бумажном носителе в МФЦ | |  | |
|  |  | |  | |
|  | на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа в МФЦ\* | |  | |
|  |  | |  | |
| направить в форме электронного документа в личный кабинет на Едином/Региональном портале\*\*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |
|  | *(подпись)* | | | *(фамилия, инициалы)* |

\*Данный способ получения результата заявитель сможет использовать при наличии у МФЦ технической возможности и соответствующих полномочий на осуществление указанных действий, закрепленных в соглашении о взаимодействии.

\*\*Данный способ получения результата заявитель сможет использовать после реализации Правительством Калининградской области и Администрацией мероприятий, обеспечивающих возможность предоставления муниципальной услуги в электронной форме и направление результата предоставления муниципальной услуги в личный кабинет заявителя на Едином либо Региональном портале.

Вход. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_