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

(наименование территориального органа

Пенсионного фонда Российской Федерации)

код региона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

код категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении набора социальных услуг**

**(социальной услуги)**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

Представитель гражданина или законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица (нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность  представителя гражданина или законного представителя несовершеннолетнего или  недееспособного лица |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа,  подтверждающего полномочия представителя гражданина или законного представителя несовершеннолетнего или  недееспособного лица |  | | |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

Прошу предоставить мне:

набор социальных услуг, предусмотренный частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

социальную услугу, предусмотренную пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

социальную услугу, предусмотренную пунктом 1.1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

социальную услугу, предусмотренную пунктом 2 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"

(нужное отметить)

и оплатить его (ее, их) за счет суммы (части суммы) ежемесячной денежной выплаты с 1 января 20\_\_ года.

(нужное подчеркнуть)

Мною получены разъяснения о праве на отказ от получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, установленных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года  
 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Дата | | | Подпись заявителя |

**Отметка о регистрации заявления**

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность.

Гражданину разъяснены его права на получение социальных услуг, установленных частью 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Регистрационный номер  заявления | Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |

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

(линия отреза)

**Уведомление**

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ принято

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Регистрационный номер  заявления | Дата приема заявления | Подпись работника (расшифровка подписи) |