###### Форма 5

Главе органа местного самоуправления муниципального образования в Камчатском крае, либо уполномоченному должностному лицу, либо руководителю структурного подразделения

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(ей) по месту жительства (пребывания) по адресу:

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

ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_\_, кв. \_\_\_,

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную помощь на частичную компенсацию расходов по найму (аренде) жилого помещения, отдельным категориям семей с детьми\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживание с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

(указать дополнительную информацию: Ф.И.О (при наличии). несовершеннолетних детей, сопровождающего лица)

Материальную помощь прошу выплатить через почтовое отделение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_или через кредитное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на лицевой счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В состав семьи входят (указываются супруги и их несовершеннолетние дети, в том числе усыновленные или находящиеся под опекой, совместно проживающие с родителями):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество  членов семьи | Число, месяц, год рождения члена семьи | Степень родства по отношению к заявителю |
|  |  |  |
|  |  |  |

* сведения о детях:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Фамилия, имя, отчество  ребенка | Число, месяц и год рождения | Реквизиты актовой записи о рождении (номер, дата и наименование органа, составившего запись) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Ознакомлен (а), что предоставление заведомо ложных и (или)недостоверных сведений, а равно умолчание о фактах, влекущих прекращение выплаты пособий, компенсаций, субсидий и иных социальных выплат, является уголовно наказуемым деянием, ответственность за которое предусмотрена статьей 1592 Уголовного кодекса Российской Федерации, либо правонарушением, ответственность за которое наступает по основаниям, предусмотренным статье 7.27 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации.

Выражаю свое согласие на обработку и использование предоставленных мной персональных данных, а также на истребование в иных учреждениях, организациях сведений в целях предоставления мне государственных услуг по предоставлению мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Камчатского края.

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

Прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | копию паспорта гражданина Российской Федерации (страницы 2,3, 5-12 (место жительства), 14-15 (семейное положение) | \_\_\_\_\_\_ л. |
| 2. | копию документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя (для представителей заявителя) | \_\_\_\_\_\_ л. |
| 3. | Судебное решение о признании членом семьи (при наличии) |  |
| 4. | договор найма (аренды жилого помещения) | \_\_\_\_\_\_ л. |
| 5. | документ, подтверждающий фактическую оплату найма (аренды) жилого помещения (кассовый чек, квитанцию и/или расписку о получении денежных средств от заявителя физическим лицом (наймодателем, арендодателем), содержащую информацию о том, кто сдает жилое помещение, ФИО (при наличии) заявителя, сведения о предоставляемом жилом помещении и его стоимости). | \_\_\_\_\_\_ л. |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Заявление и документы на \_\_\_ л. принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О (при наличии).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста)