Заявление зарегистрировано

в Магаданском областном государственном казенном учреждении социальной поддержки населения “Магаданский социальный центр” №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_20­­­­­\_\_\_\_г

В Магаданское областное

государственное казенное учреждение

социальной поддержки населения

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении мер социальной поддержки**

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя отчество)

 данные паспорта:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | кем выдан |  |
| номер |  | дата выдачи |  |
| дата рождения |  |
| регистрация по месту жительства (пребывания) |  Телефон: |

**Прошу предоставить меры социальной поддержки в виде** (нужное подчеркнуть):

- компенсации расходов по изготовлению и ремонту зубных протезов;

- возмещение фактических расходов (предприятию) по изготовлению и ремонту зубных протезов;

- компенсацию расходов по установке домашнего телефона;

- компенсацию расходов по оплате проезда один раз в год воздушным, водным, междугородным автомобильным, железнодорожным транспортом;

- компенсацию оплаты протезно-ортопедических изделий;

- бесплатного предоставления протезно-ортопедических изделий

в соответствии с законом Магаданской области:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | от 06.12.2004 № 498-ОЗ «О мерах социальной поддержки **ветеранов труда**, проживающих на территории Магаданской области»; |
| 2 | от 06.12.2004 № 502 «О мерах социальной поддержки **тружеников тыла**, проживающих на территории Магаданской области»; |
| 3 | от 28.12.2004 № 519-ОЗ «О мерах социальной поддержки **реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими** от политических репрессий, проживающих на территории Магаданской области»;  |
| 4. | от 10.03.2010 № 1240-ОЗ «О **дополнительных мерах** социальной поддержки отдельных категорий граждан»; |
| 5 | от 03.06.2010г. № 319-па « О порядке возмещения расходов по зубопротезированию гражданам, относящимся к **коренным малочисленным народам Севера** и проживающим на территории Магаданской области»; |
| 6 | От 12.01.2004 № 412-ОЗ «О **ветеранах труда** Магаданской области» |

 **Перечень прилагаемых документов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | кол-во |
| 1 | паспорт |  |
| 2 | документ о праве на льготы  |  |
| 3 | договор на оказание услуг, заключенный между учреждением или организацией любой формы собственности, предоставляющей услуги по изготовлению и ремонту зубных протезов, и заявителем |  |
| 4 | Договор, заключенный между предприятием и заявителем, об оказании услуг с условием гарантии изготовленных и установленных (отремонтированных) зубных протезов; |  |
| 5 | счет-фактура (квитанция) с указанием объема работ и материала, из которого изготовлены протезы |  |
| 6 | приходный ордер и (или) кассовый чек |  |
| 7 | документы, подтверждающие факт оказания услуг по установке домашнего телефона предприятием связи |  |
| 8 | проездные документы |  |
| 9 | для первично протезируемых – справка лечебно-профилактического учреждения о нуждаемости в протезно-ортопедическом изделии |  |
| 10 | документ, удостоверяющий оплату стоимости протезно-ортопедического изделия |  |
| 11 | трудовая книжка |  |
| 12 | Документ, подтверждающий принадлежность заявителя к коренным малочисленным народам Севера; |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

В трудовых отношениях не состою, индивидуальной трудовой деятельностью не занимаюсь (подчеркнуть нужное).

Денежные средства прошу перечислить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать № банковского счета, № отделения сбербанка, № отделения связи) Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на право получения мер социальной поддержки.

 Я уведомлен (а) на приеме, что в случае выявления недостоверных данных, излишне выплаченные, денежные суммы подлежат удержанию в последующем выплатном периоде в установленном законом порядке.

 В целях решения вопроса о предоставлении мне мер социальной поддержки в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (подпись заявителя) (фамилия, инициалы)

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

Подлинность указанных сведений заверяю: « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист МФЦ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность подпись фамилия, инициалы