УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда

и  социального развития

Новосибирской области

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

ФОРМА

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование центра социальной поддержки населения (клиентской службы))*

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выплате ежемесячной денежной компенсации расходов на автомобильное топливо

отдельным категориям граждан

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

*(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))*

1. Адрес места жительства, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

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

*(указывается адрес места жительства гражданина с указанием номера почтового отделения)*

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

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

*(указывается контактный телефон)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*(указывается страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС))*

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

2. Прошу производить выплату ежемесячной денежной компенсации расходов на автомобильное топливо (*отметить нужное* – как Герою Советского Союза, Герою Российской Федерации, полному кавалеру ордена Славы, Герою Социалистического Труда, Герою Труда Российской Федерации, полному кавалеру ордена Трудовой Славы).

Сообщаю, что как (*отметить нужное* – Герой Советского Союза; Герой Российской Федерации; полный кавалер ордена Славы) на военной службе или службе в органах внутренних дел не состою и (или) пенсию в соответствии с Законом Российской Федерации от 12.02.1993 № 4468-1 «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, войсках национальной гвардии Российской Федерации, органах принудительного исполнения Российской Федерации, и их семей» не получаю.

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

 (дата) (подпись)

3. Прошу доставлять ежемесячную денежную компенсацию расходов на автомобильное топливо *(отметить нужное)*:

 перечислять в кредитную организацию:

   на лицевой счет  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(указать номер лицевого счета)*

открытый в  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать наименование кредитной организации)*

 номер карты платежной системы «МИР» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 доставлять по адресу:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать адрес, организацию почтовой связи)*

К заявлению прилагаю следующие документы *(отметить нужное)*:

копию документа, удостоверяющего личность;

копию паспорта транспортного средства;

копию документа, удостоверяющего правовой статус (*отметить нужное* – Героя Советского Союза; Героя Российской Федерации; полного кавалера ордена Славы; Героя Социалистического Труда; Героя Труда Российской Федерации; полного кавалера ордена Трудовой Славы);

документы, подтверждающие полномочия представителя, в том числе:

копию документа, удостоверяющего личность;

документ, подтверждающий полномочия представителя;

по собственной инициативе прилагаю *(отметить нужное)*:

справку из Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по месту жительства о неполучении ежемесячной денежной выплаты (для Героев Советского Союза; Героя Российской Федерации; полного кавалера ордена Славы);

пояснения к заявлению.

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

 (дата) (подпись)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста | Расшифровка подписи специалиста (фамилия, инициалы)  |
|  |  |

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