

Заявление об оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта

Начальнику Государственного казенного учреждения Амурской области -
управления социальной защиты населения по г. Зея и Зейскому муниципальному
округу Арямновой Е.Г.

от _____
(фамилия, имя, отчество)

Прошу оказать мне (моей семье в составе _____ чел.) государственную
социальную помощь на основании социального контракта для чего
предоставляю следующие сведения:

1. Персональные сведения		
1.1. Ваши персональные сведения		
Фамилия	Имя	Отчество
СНИЛС	ИНН	Дата рождения
Номер телефона	Электронная почта	
Документ удостоверяющий личность		
Серия	Номер	Дата выдачи
Кем выдан		Код подразделения
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)		
Адрес места пребывания (временная регистрация)		
Адрес фактического проживания		
1.2. Сведения о супруге		
Фамилия	Имя	Отчество
СНИЛС	ИНН	Дата рождения
Номер телефона	Электронная почта	
Документ удостоверяющий личность		
Серия	Номер	Дата выдачи
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)		
Адрес места пребывания (временная регистрация)		
Адрес фактического проживания		
1.3. Сведения о несовершеннолетних детях		
Фамилия	Имя	Отчество
СНИЛС		
Документ удостоверяющий личность		
Серия	Номер	Дата выдачи
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)		
Адрес места пребывания (временная регистрация)		
Адрес фактического проживания		
Фамилия	Имя	Отчество
СНИЛС		
Документ удостоверяющий личность		
Серия	Номер	Дата выдачи
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)		
Адрес места пребывания (временная регистрация)		
Адрес фактического проживания		
Фамилия	Имя	Отчество
СНИЛС		
Документ удостоверяющий личность		
Серия	Номер	Дата выдачи

Адрес места жительства (регистрация по паспорту)			
Адрес места пребывания (временная регистрация)			
Адрес фактического проживания			
Фамилия	Имя	Отчество	
СНИЛС			
Документ удостоверяющий личность			
Серия	Номер	Дата выдачи	
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)			
Адрес места пребывания (временная регистрация)			
Адрес фактического проживания			
Фамилия	Имя	Отчество	
СНИЛС			
Документ удостоверяющий личность			
Серия	Номер	Дата выдачи	
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)			
Адрес места пребывания (временная регистрация)			
Адрес фактического проживания			
Фамилия	Имя	Отчество	
СНИЛС			
Документ удостоверяющий личность			
Серия	Номер	Дата выдачи	
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)			
Адрес места пребывания (временная регистрация)			
Адрес фактического проживания			
Фамилия	Имя	Отчество	
СНИЛС			
Документ удостоверяющий личность			
Серия	Номер	Дата выдачи	
Адрес места жительства (регистрация по паспорту)			
Адрес места пребывания (временная регистрация)			
Адрес фактического проживания			
2. Суммарный доход семьи за три последних календарных месяца			
(Сумма в рублях, с приложением подтверждающих документов)			
3. Выберите направление мероприятий программы социальной адаптации			
1. поиск работы;			
2. осуществление индивидуальной предпринимательской деятельности;			
3. ведение личного подсобного хозяйства;			
4. содействие в преодолении трудной жизненной ситуации.			
необходимо пройти дополнительное обучение?			
<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
4. Сведения о принадлежащих мне (членам семьи) объектах недвижимости			
№ п/п	Назначение объекта	Площадь объекта	Расположение объекта
5. Сведения о принадлежащих мне (членам семьи) автотранспортных (мототранспортных) средств, маломерных судов, самоходных машин или других видов техники			

№ п/п	Наименование	Год выпуска	Примечание

6. Подтверждение на обработку персональных данных

○ Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю согласие на обработку моих персональных данных, а также на получение дополнительных сведений от государственных органов власти в связи с необходимостью получения государственной социальной помощи на основании социального контракта.

Ранее (в течении 12 месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления) средства из областного бюджета на основании иных нормативных правовых актов Амурской области в целях осуществления мною (членами моей семьи) предпринимательской деятельности, ведения личного подсобного хозяйства получал(а)/ не получал(а) (нужное подчеркнуть).

Об ответственности за представление недостоверной информации и (или) документов предупрежден (а).

Настоящим подтверждаю, что мне известно о том, что представление любой недостоверной информации может быть в дальнейшем поводом для расторжения социального контракта, заключенного со мной (моей семьей) и возвращения мною полученного социального пособия.

Информацию о принятом решении прошу представить: _____

(указать адрес электронной почты или почтовый адрес)

Выплату социального пособия прошу произвести на _____

(указать банковские реквизиты, номер счета)

Я и совершеннолетние члены моей семьи (нужное подчеркнуть) даем свое согласие на заключение социального контракта:

ФИО _____ Подпись _____

ФИО _____ Подпись _____

К заявлению прилагаю документы

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Дата _____

Подпись _____

Дата приема заявления _____ 20__ г.

Порядковый номер заявления в журнале регистрации _____

Специалист, принявший заявление _____
(ФИО) (подпись)

Отрывной талон к заявлению

Дата приема заявления _____ 20__ г.

Порядковый номер заявления в журнале регистрации _____

Перечень документов, _____
принятых с заявлением _____

Специалист, принявший заявление _____
(ФИО) (подпись)