*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ орган (организация) системы социальной защиты населения города Москвы, уполномоченный на рассмотрение вопросов об оказании
адресной социальной помощи*

**СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ:**

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

*фамилия, имя, отчество*

Адрес регистрации в городе Москве по месту жительства, почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания в городе Москве, почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| паспорт |  |
| серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  |
| кодподразделения |  | гражданство |  |
| место рождения |  |
| ИНН |  |
| СНИЛС |  |

**СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:**

*(опекун, попечитель, законный представитель, доверенное лицо)*

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

*фамилия, имя, отчество опекуна, попечителя, законного представителя, доверенного лица*

|  |  |
| --- | --- |
| паспорт |  |
| серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  |
| кодподразделения |  | гражданство |  |
| место рождения |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя |  |
| серия, номер |  | дата выдачи |  |
| кем выдан |  |
| срок действия полномочий |  |

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

*ФИО и подпись должностного лица (работника), ответственного за прием документов*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**Прошу оказать адресную социальную помощь, предусмотренную гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации***(заполняется соответствующая ячейка)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Причина обращения:*** |  | ***Категории заявителей:*** |
| **Пожар (ликвидация пожара) в единственном жилом помещении***Представляется:*1. *Документ, подтверждающий факт произошедшего пожара и (или) ликвидации последствий пожара, выданный органом государственного пожарного надзора МЧС*
2. *Документ, подтверждающий факт обследования жилого помещения, составленный и подписанный:*

*- Управляющей компанией (ТСЖ ЖСК) (если пожар произошел в многоквартирном доме)**- Управой района города Москвы/органом местного самоуправления внутригородского муниципального образования в городе Москве (если пожар произошел в частном домовладении)*1. *Выписки по счетам (вкладам) заявителя и членов семьи в кредитных организациях (на первое число месяца, в котором подается заявление)*
 |  | **Граждане, зарегистрированные в городе Москве (по месту жительства)** |
| **Утрата средств к существованию вследствие кражи, грабежа, мошеннических действий***Представляется:*1. *Постановление о возбуждении уголовного дела (заверенная в установленном порядке копия)*
2. *Выписки по счетам (вкладам) заявителя и членов семьи в кредитных организациях (на первое число месяца, в котором подается заявление)*
 |  | **Неработающий одинокий и одиноко проживающий получатель пенсии****Семья, состоящая из неработающих получателей пенсии** |
| **Потеря кормильца***Представляется:*1. *Расписка уведомление о приеме заявления о назначении пенсии по случаю потери кормильца*
2. *Решение суда (в случае объявления гражданина умершим)*
3. *Выписки по счетам (вкладам) заявителя и членов семьи в кредитных организациях (на первое число месяца, в котором подается заявление)*
 |  | **Родитель с несовершеннолетним ребенком (несовершеннолетними детьми)***(при условии обращения в срок не позднее трех месяцев со дня смерти кормильца либо объявлении гражданина умершим)* |
| **Потеря работы***Представляется:*1. *Документ, подтверждающий факт отсутствия второго родителя*
2. *Выписки по счетам (вкладам) заявителя и членов семьи в кредитных организациях (на первое число месяца, в котором подается заявление)*
 |  | **Единственный родитель с несовершеннолетним ребенком (несовершеннолетними детьми)***(при условии регистрации в органах службы занятости населения города Москвы в целях поиска подходящей работы в течение 3-х месяцев после увольнения (прекращения иной деятельности), либо участие в проекте «Социальный контракт» на день подачи заявления)* |
| **Низкий уровень материальной обеспеченности***Представляется:*1. *Выписки по счетам (вкладам) заявителя и членов семьи в кредитных организациях(на первое число месяца, в котором подается заявление)*
 |  | **Семья с несовершеннолетним ребенком (несовершеннолетними детьми)** *(при условии участия в проекте «Социальный контракт» на день подачи заявления)***Неработающий одинокий (одиноко проживающий) получатель пенсии,** **Семья, состоящая из неработающих получателей пенсии** |

**При обращении семей с несовершеннолетним ребенком (несовершеннолетними детьми)**
за оказанием адресной социальной помощи **в связи низким уровнем материальной обеспеченности заполняется одно из значений** ячеек **(по выбору**):

□ Денежная выплата.

□ Сертификат на товар длительного пользования (**один товар из списка**):

*(заполняется одна, по выбору, ячейка)*

□ телевизор □ ноутбук/планшет □ холодильник □ стиральная машина □ газовая плита
□ электрическая плита □ пылесос □ микроволновая печь □ электрический чайник

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ**

**ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АДРЕСНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

**Сведения о составе и доходе семьи1:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Степень родства | Данные паспорта каждого члена семьи (свидетельства о рождении ребенка)или СНИЛС | Отношение к работе (работает/не работает) | Наличие/ отсутствие дохода(да/нет) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |

**Сведения о составе и доходе семьи, указанные в заявлении, подтверждаю.**

**Сведения о счетах/ вкладах и собственности:**

*(заполняются соответствующие ячейки каждой строки)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наличие в собственности обратившегося за оказанием адресной социальной помощи и членов1 его семьи более одного жилого помещения, подлежащего государственной регистрации в соответствии с законодательством Российской Федерации. | □есть | □нет |
| Наличие у обратившегося за оказанием адресной социальной помощи и членов его семьи1 денежных средств (в том числе в иностранной валюте) во вкладах и (или) на счетах в банках2. | □есть | □нет |

# **Иных доходов я (моя семья) не имею(ет).**

**Правильность сообщаемых сведений подтверждаю.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 В составе семьи граждан, имеющих место жительства в городе Москве, для трудной жизненной ситуации, возникшей в связи
с пожаром (ликвидацией пожара), учитываются все граждане, зарегистрированные по месту жительства совместно с заявителем.

В составе семей, состоящих из неработающих получателей пенсий, для трудной жизненной ситуации, возникшей в связи с утратой средств к существованию вследствие кражи, грабежа, мошеннических действий, учитываются неработающие получатели пенсий, совместно зарегистрированные по месту жительства в городе Москве.

В составе семьи с несовершеннолетними детьми для трудной жизненной ситуации, возникшей в связи с потерей кормильца, учитываются единственный родитель и его несовершеннолетний ребенок (несовершеннолетние дети), независимо от места
их регистрации по месту жительства в городе Москве.

В составе семьи с несовершеннолетними детьми для трудной жизненной ситуации, возникшей в связи с потерей работы, учитываются единственный родитель и его несовершеннолетний ребенок (несовершеннолетние дети), имеющие место жительства в городе Москве.

В составе семей неработающих получателей пенсий для трудной жизненной ситуации в связи с низкой материальной обеспеченностью учитываются неработающие получатели пенсий, совместно зарегистрированные по месту жительства в городе Москве.

В составе семьи с несовершеннолетними детьми для трудной жизненной ситуации в связи с низкой материальной обеспеченностью, учитываются родители и их несовершеннолетний ребенок (несовершеннолетние дети), имеющие место жительства в городе Москве.

2 Не учитываются единовременные страховые суммы по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих и иных приравненных к ним лиц, единовременные страховые выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, единовременная материальная помощь за счет средств бюджета города Москвы семьям погибших (умерших) в результате катастроф, чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий, трагических событий и пострадавшим в результате таких событий, средства (часть средств) материнского (семейного) капитала.

**Реквизиты для получения денежных средств:**

|  |  |
| --- | --- |
| номер/наименование отделения кредитной организации |  |
| БИК банка-получателя |  |
| корреспондентский счет банка-получателя |  |
| ИНН банка-получателя |  |
| КПП банка-получателя |  |
| счет получателя |  |
| номер карты получателя (только для карточного счета) |  |
| номер договора с кредитной организацией (при наличии) |  |

*Денежная выплата зачисляется на банковский счет с привязкой к нему карты национальной платежной системы «МИР» либо на банковский счет, не предусматривающий осуществление операций с использованием платежных карт (ст. 30.5 Федерального закона от 27.06.2011 № 161-ФЗ «О национальной платежной системе»).*

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **подпись заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(представителя заявителя) (расшифровка подписи)*

Я бессрочно (до моего особого распоряжения) согласна(ен) на запрос данных, содержащихся в системе обязательного (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования; на проведение органу (организации) системы социальной защиты населения города Москвы, уполномоченному на рассмотрение вопросов об оказании адресной социальной помощи, проверки в рамках межведомственного взаимодействия указанных мною сведений о составе семьи, месте ее проживания и доходах каждого члена семьи, на запрос сведений об имуществе каждого члена семьи, включая данные о состоянии счетов (вкладов) и движения по ним
в кредитных организациях на территории Российской Федерации и за ее пределами.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование органа исполнительной власти города Москвы, органа местного самоуправления, подведомственной органу исполнительной власти города Москвы или органу местного самоуправления организации, которым адресован документ, многофункционального центра предоставления государственных услуг, в случае если государственная услуга предоставляется в многофункциональном центре предоставления государственных услуг)*

следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных (в случае, если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе
в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения
их деятельности, а также на проведение органами социальной защиты населения проверки сведений, указанных в заявлении и в представленных мною документах.

Подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении адресной социальной помощи, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы
и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне
с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет
на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации
об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (почтовый адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты).

Информацию о конечном результате оказания либо об отказе в адресной социальной помощи прошу направить на почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **подпись заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(представителя заявителя) (расшифровка подписи)*

Запрос (заявление) принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса (заявления)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подпись |  |  |  |

 *(расшифровка подписи)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | « | \_\_\_\_ | » | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 | \_\_\_ | г.  | регистрационный номер запроса |

**Расписка-уведомление (выдается на руки)**

Я бессрочно (до моего особого распоряжения) согласна(ен) на запрос данных, содержащихся в системе обязательного (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования; на проведение органу (организации) системы социальной защиты населения города Москвы, уполномоченному на рассмотрение вопросов об оказании адресной социальной помощи, проверки в рамках межведомственного взаимодействия указанных мною сведений о составе семьи, месте ее проживания и доходах каждого члена семьи, на запрос сведений об имуществе каждого члена семьи, включая данные о состоянии счетов (вкладов) и движения по ним
в кредитных организациях на территории Российской Федерации и за ее пределами.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование органа исполнительной власти города Москвы, органа местного самоуправления, подведомственной органу исполнительной власти города Москвы или органу местного самоуправления организации, которым адресован документ, многофункционального центра предоставления государственных услуг, в случае если государственная услуга предоставляется в многофункциональном центре предоставления государственных услуг)*

следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных (в случае, если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе
в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения
их деятельности, а также на проведение органами социальной защиты населения проверки сведений, указанных в заявлении и в представленных мною документах.

Подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении адресной социальной помощи, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы
и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне
с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет
на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации
об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (почтовый адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты).

Информацию о конечном результате оказания либо об отказе в адресной социальной помощи прошу направить на почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **подпись заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(представителя заявителя) (расшифровка подписи)*

Запрос (заявление) принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса (заявления)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подпись |  |  |  |

 *(расшифровка подписи)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | « | \_\_\_\_ | » | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 | \_\_\_ | г.  | регистрационный номер запроса |