

Начальнику Отдела социальной защиты населения района \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ административного округа города Москвы

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ (ФУНКЦИЙ)**

от \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество получателя государственной услуги (функции)*

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Контактный телефон 8(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
*(указать вид документа)*

Реквизиты документа, удостоверяющего личность	серия		дата выдачи	
	номер		дата рождения	
	срок действия			
	кем выдан			
	код подразделения		гражданство	
	место рождения			

СНИЛС \_\_\_\_\_

**Сведения о доверенном лице (законном представителе заявителя):**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

Контактный телефон 8 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
*(наименование документа)*

Реквизиты документа, удостоверяющего личность	серия		дата выдачи	
	номер		дата рождения	
	срок действия			
	кем выдан			
	код подразделения		гражданство	
	место рождения			

СНИЛС \_\_\_\_\_

**Документ, подтверждающий полномочия доверенного лица совершеннолетнего гражданина:**

Наименование документа \_\_\_\_\_

Номер документа \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Данные, удостоверяющие личность заявителя (доверенного лица, законного представителя) сверены \_\_\_\_\_

*(ФИО и подпись специалиста МФЦ)*

**Прошу предоставить следующие государственные услуги (функции):**

---

---

---

---

**Информация о получателе государственной услуги (функции):**

С «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. получатель пенсии (пожизненного содержания) в городе Москве \_\_\_\_\_  
*(указать вид пенсии (пожизненного содержания) и пенсионный орган, которым она выплачивается)*

Обучаюсь с \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_  
*(дата начала обучения) (наименование образовательной организации)*  
\_\_\_\_\_, форма обучения \_\_\_\_\_,  
на полном государственном обеспечении не нахожусь/ нахожусь с \_\_\_\_\_  
*(нужное подчеркнуть) (указать дату)*

**Сведения об умершем кормильце/умершем члене семьи:**

фамилия, имя, отчество	дата рождения	дата смерти	место смерти	родственные отношения

**Выплату денежных средств прошу осуществлять через:**

*(указать один из способов выплаты)*

Кредитную организацию		Отделение федеральной почтовой связи (номер)
Наименование		
Расч. счет		
Корр. счет		
БИК		
КПП		
ИНН		
Номер личного счета		

**Документы и (или) информация, необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаются.**

Перечень представленных документов* <i>(указать какие документы в копиях):</i>

\*Информация заполняется специалистом МФЦ в соответствии с фактически представленными заявителем документами

С порядком предоставления государственной услуги (функции) ознакомлен(а).

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги (функции) прошу вручить лично в МФЦ по месту подачи заявления.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление Отделом социальной защиты населения района Управления социальной защиты населения административного округа города Москвы, Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы» следующих действий с моими персональными данными: их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации о результате рассмотрения данного заявления, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации о рассмотрении данного заявления, 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 другое), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

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 Российской Федерации:

---

(адрес, почтовый индекс)

телефон: 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,

E-mail: \_\_\_\_\_.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

(законного представителя) (расшифровка подписи)

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

### **Расписка-обязательство**

(приобщается к документам личного дела)

**Обязуюсь сообщить (через МФЦ, почтовым отправлением, по электронной почте) в Отдел социальной защиты населения района города Москвы, предоставляющий мне государственную услугу (функцию), в срок не позднее 10 календарных дней со дня наступления следующих обстоятельств, влияющих на право получения государственной услуги (функции):**

- изменение места жительства (в том числе в пределах города Москвы), снятие с регистрационного учета в городе Москве по месту жительства;
- выезд для проживания (в том числе временно на срок более шести месяцев) за пределы территории Российской Федерации;

- приостановление (прекращение) выплаты пенсии в городе Москве;
- изменение (приобретение новой) льготной категории (в т.ч. установление, изменение или снятие группы инвалидности);
- изменение семейного положения, состава семьи;
- окончание обучения либо изменение формы (программы) обучения в образовательной организации, переход на обучение в другую образовательную организацию.

Если в результате несвоевременного сообщения о наступлении обстоятельств, влекущих за собой утрату права на получение государственной услуги и (или) изменение ее размера, образуется переплата, **излишне выплаченные суммы обязуюсь возместить в добровольном порядке.**

С текстом обязательства ознакомлен(а).

Подпись заявителя \_\_\_\_\_  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_ *(расшифровка подписи)*

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.