Должность руководителя:

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

Ф.И.О(при наличии) руководителя:

от: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О(при наличии). полностью

действующего в интересах [<1>](#P878):

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

Ф.И.О. полностью

\_\_.\_\_.\_\_ года рождения

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

о назначении дополнительной компенсации расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг и способе ее доставки

Прошу назначить дополнительную компенсацию расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг (далее - дополнительная компенсация) как: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

указать льготную категорию Я являюсь (при необходимости нужное отметить):

┌──┐ ┌──┐

│ │ законным представителем │ │ доверенным лицом.

└──┘ └──┘

Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность льготника, серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_.

Адрес регистрации льготника:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Адрес жилого помещения, на которое назначена компенсация расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, предусмотренная Федеральным законом "О ветеранах" (далее - компенсация на ЖКУ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. СНИЛС льготника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. заполняется по желанию гражданина

Выплату назначенной дополнительной компенсации прошу осуществлять через:

почтовое отделение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, наименование ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐ номер структурного подразделения │ │ │ │ │/│ │ │ │ │ │, └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘ ┌─┬─┬─┐┌─┬─┬─┐┌─┬─┬─┐┌─┬─┬─┐┌─┬─┬─┐┌─┬─┬─┐┌─┬─┐ лицевой счет │ │ │ ││ │ │ ││ │ │ ││ │ │ ││ │ │ ││ │ │ ││ │ │. └─┴─┴─┘└─┴─┴─┘└─┴─┴─┘└─┴─┴─┘└─┴─┴─┘└─┴─┴─┘└─┴─┘

Мне (льготнику) известно, что в соответствии с действующим законодательством я (льготник) имею (имеет) право на получение дополнительной компенсации при отсутствии полного освобождения от оплаты за жилые помещения и коммунальные услуги в соответствии с законодательством

Российской Федерации.

Уведомляю Вас, что (нужное подчеркнуть): я (льготник) и (или) член моей семьи (семьи льготника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. полностью

имею(ет) право на освобождение от оплаты за жилые помещения и коммунальные услуги в соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. указать реквизиты нормативного правового акта В случае допущения задолженности по оплате за жилое помещение и коммунальные услуги, подтвержденной вступившим в законную силу судебным актом непогашенной задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, которая образовалась за период не более чем 3 последних года (далее - задолженность), утраты права на получение дополнительной компенсации в связи с изменением основания ее предоставления, полного освобождения от оплаты за жилое помещение и коммунальные услуги меня (льготника) и (или) члена моей семьи (семьи льготника), снятия с регистрационного учета по месту жительства или месту пребывания на территории Ставропольского края либо иных обстоятельств, влияющих на размер и условия предоставления дополнительной компенсации, обязуюсь (льготник обязуется) извещать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наименование органа, осуществляющего выплату дополнительной компенсации

в течение 14 рабочих дней со дня наступления вышеуказанных изменений и представлять документы, подтверждающие эти изменения, за исключением документов, подтверждающих наличие задолженности.

Об условиях, являющихся основанием для приостановления либо прекращения выплаты дополнительной компенсации, а также об ответственности за представление неполных или заведомо недостоверных документов и сведений

(льготник) проинформирован.

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

Заявитель: Заявление принял(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расшифровка подписи расшифровка подписи заявителя, подпись специалиста, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата предоставления заявления дата принятия заявления

-------------------------------- линия отрыва ---------------------------- Расписка-уведомление о приеме документов

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, имя, тчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

дата приема документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Фамилия, имя, отчество (при наличии)подпись специалиста, принявшего документы

<1> Заполняется в случае подачи заявления законным представителем либо доверенным лицом льготника

Приложение

к заявлению о назначении

дополнительной компенсации

расходов на оплату жилых

помещений и коммунальных услуг

СВЕДЕНИЯ

о зарегистрированных в жилом помещении гражданах

Количество зарегистрированных по месту жительства и месту пребывания в жилом помещении граждан составляет \_\_\_\_\_ человек:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О. полностью | Дата рождения | Паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность |
|  |  |  |  |

Я подтверждаю, что представленные мною сведения о зарегистрированных в

жилом помещении гражданах точны и достоверны.

Заявитель: Информацию принял(а):

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

подпись и расшифровка подпись и расшифровка

подписи заявителя подписи специалиста

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

дата предоставления информации дата принятия информации