НачальникуОтдела социальной защитынаселения

района\_Ховрино\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Управления социальной защитынаселения *Северного*

административногоокруга города Москвы

от \_\_\_*Михайлова Михаила Михайловича*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество заявителя)*

Адрес регистрации по месту жительства \_*ул. Онежская, д. ХХ, кв. ХХХ*\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации\_*ХХ.ХХ.2013*\_\_\_

Адрес фактического проживания\_\_\_*тот же*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон *8 (ХХХ) ХХХ-ХХ-ХХ*\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_*паспорт*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать вид документа)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность | серия | *ХХ ХХ* | дата выдачи | *ХХ.ХХ.ХХХХ* |
| номер | *ХХХХХХ* | дата рождения | *ХХ.ХХ.ХХХХ* |
| кем выдан | *ОВД района Ховрино города Москвы* |
| код подразделения | ХХХ-ХХХ | гражданство | *РФ* |
| место рождения | *г. Москва* |

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС \_*ХХХ-ХХХ-ХХХ ХХ*\_\_\_\_\_\_

Сообщаю прежние адреса и периоды регистрации по месту жительства в городе Москве *(подлежит заполнению, в случае если продолжительность регистрации заявителя по месту жительства в городе Москве в документе, удостоверяющем личность, составляет менее 10 лет):*

1.\_\_*ул. Отрадная, д. ХХ, кв. ХХ в 1996-2013 гг.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о доверенном лице:

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 |  |

Данные, удостоверяющие личность заявителя (представителя заявителя) сверены\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАПРОС (ЗАЯВЛЕНИЕ)

НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ

Прошу предоставить мне государственную услугу

**«Назначение региональной социальной доплаты к пенсии неработающим пенсионерам»**

О себе сообщаю следующую информацию:

С \_*ХХ.ХХ.ХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. являюсь получателем пенсии (пенсий) \_*по старости*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пожизненного содержания,

*(нужное подчеркнуть, указать вид пенсии (пенсий)*

а также других видов пенсионного обеспечения*(указать вид и размер)*:

1.\_\_*накопительной пенсии в размере ХХХХ руб. ХХ коп.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| Пенсия назначена на ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ФИО)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.  *(дата рождения полностью)*Информация о ребенке:Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Свидетельство о рождении: |
| место рождения | место регистрации рождения | дата актовой записи | номер актовой записи | серия | номер | дата выдачи |
|  |  |  |  |  |  |  |
| илиПаспорт ребенка (в возрасте от 14 до 18 лет – при наличии): |
| Серия |  | дата выдачи |  |
| Номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  |
| код подразделения  |  | гражданство |  |
| место рождения |  |
| СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Сведения об умершем кормильце/умершем члене семьи:

*(если заявитель претендует на получение региональной социальной доплаты к пенсии в связи со смертью кормильца)*

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

Имею \_\_\_\_\_\_\_\_ группу инвалидности вследствие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать причину)*

Не работаю, уволен (а), вознаграждение по договорам (гражданско-правового характера, авторского заказа, лицензионным, об отчуждении исключительного права на произведение науки, литературы, искусства) не получаю, деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, арбитражного управляющего, нотариуса, занимающегося частной практикой, главы (члена) крестьянского (фермерского) хозяйства, а также иная профессиональная деятельность, подлежащая государственной регистрации и (или) лицензированию, прекращена с \_\_\_*ХХ.ХХ.ХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(нужное подчеркнуть, указать дату)*

Обучаюсь с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата начала обучения) (наименование образовательной организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, форма обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

на полном государственном обеспечении не нахожусь/ нахожусь с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(нужное подчеркнуть) (указать дату)*

На учете в качестве безработного гражданина в территориальном отделе Центрезанятости населения не состою/состою с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(нужное подчеркнуть) (указать дату)*

Ворганизации социального обслуживания для получения социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания на условиях постоянного или временного круглосуточного проживания, либо в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, непроживаю/проживаю

 *(нужное подчеркнуть)*

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(указать дату и наименование организации)*

Отношусь к льготной категории граждан*(указать льготную категорию)*:

1.\_\_\_*ветеран труда*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне предоставляются следующие денежные выплаты и другие меры социальной поддержки*(если указанные меры предоставляются в другом регионе Российской Федерации, указать регион):*

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ранее государственная услуга, за получением которой обращаюсь в настоящее время,не предоставлялась/предоставлялась:

*(нужное подчеркнуть)*

|  |  |
| --- | --- |
| Период предоставления | Наименование органа, предоставлявшего услугу |
|  |  |
|  |  |

Региональную социальную доплатук пенсии прошу осуществлять через:

*(указать один из способов выплаты на территории города Москвы)*

|  |  |
| --- | --- |
| Кредитная организация | Отделение федеральной почтовой связи(номер) |
| Наименование | *ХХХХХХХХХХХХХ*  |  |
| Расчетный счет |  |
| Корреспондентский счет |  | Банковское приложение социальной карты(номер карты) |
| БИК |  |
| КПП |  |  |
| ИНН |  |
| Номер личного счета  | *ХХХХХХХХХХХХХХХХХХХХ* |

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

|  |
| --- |
| Перечень документов, представленных заявителем: |
| 1.*паспорт (копия)* |
| 2.*трудовая книжка (копия)* |
| 3.*справка ПФР о назначении пенсии в Москве* |
| 4.*реквизиты кредитной организации* |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| 9. |
| 10. |
| Данные документы представлены по собственной инициативе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(подпись заявителя)* |
| Прошу запросить недостающие документы: | Дата получения | Подпись специалистаотдела социальной защиты населения города Москвы |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

С порядком предоставления государственных услуг ознакомлен(а).

Конечный результат предоставления государственной услуги прошу:

вручить лично, направить почтовым отправлением, представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде)(*нужное подчеркнуть*).

Уведомление об отказе в приеме документов (информации, сведений, данных), необходимых для предоставления государственной услуги, прошу:

вручить лично, представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде) (*нужное подчеркнуть*).

Уведомление о приостановлении предоставления государственной услуги прошу:

представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде).

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги прошу:

вручить лично, направить почтовым отправлением, представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде) (*нужное подчеркнуть*).

Прошу информировать меня о поступлении любых сведений в подсистему «личный кабинет»Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, а также о возобновлении предоставления государственной услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается форма и способ информирования, в том числе адрес электронной почты, номер телефона для смс-информирования, номер телефона для информирования по телефону*) (указывается при желании получения соответствующих сведений).*

Подпись заявителя\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Михайлов М.М.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя) (*расшифровка подписи)*

Дата «\_*ХХ*\_\_» \_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_*ХХ*\_\_ г.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление отделом социальной защиты населения района управления социальной защиты населения административного округа города Москвы (далее ОСЗН района УСЗН АО города Москвы) \_\_*Ховрино*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*наименование ОСЗН района УСЗН АО города Москвы*)

Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы» следующих действий с моими персональными данными (персональными данными несовершеннолетнего ребенка, 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 числев 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.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информациио предоставлении государственной услуги, а также о деятельности органовгосударственной власти города Москвы и подведомственных им организаций.Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовыхкоммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связикоротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.),посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационнойсети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адресэлектронной почты.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставленияинформации об обработке персональных данных, а такжев иных случаях,предусмотренных законодательством: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(почтовый адрес)*

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

 *(телефон) (адрес электронной почты)*

Подпись заявителя\_\_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Михайлов М.М.*\_

(представителя заявителя) (*расшифровка подписи*)

Дата «\_*ХХ*\_\_» \_\_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_*ХХ*\_ г.

**Расписка-уведомление**

*(хранится в личном деле заявителя)*

Запрос (заявление) и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты:

*(ФИО заявителя)*

Регистрационный номер запроса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО должностного лица (работника),

ответственного за прием документов

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Обязуюсь сообщить в Отдел социальной защиты населения района города Москвы, предоставляющий мне государственную услугу, в срок не позднее
10 календарных дней со дня наступления следующих обстоятельств, влияющих на право получения государственной услуги и (или) ее размер**:

- поступление на работу (заключение трудового договора);

-заключение договора гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ или оказание услуг, договора авторского заказа,договора об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательского лицензионного договора, лицензионного договора о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

- регистрацияв качестве индивидуального предпринимателя,получение лицензии или иного документа на осуществление профессиональной деятельности в качествеадвоката, арбитражного управляющего, нотариуса, занимающегося частной практикой, адвоката;

- назначение(перерасчет) ежемесячных денежных выплат, входящих в общую сумму материального обеспечения;

- поступление на полное государственное обеспечение в образовательной организации или помещениев организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- поступление в организацию социального обслуживания для получения социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания на условиях постоянного или временного круглосуточного проживания;

- окончание (прекращение) обучения по очной форме обучения в образовательной организации;

- изменение места жительства (в том числе в пределах города Москвы),снятие с регистрационного учета в городе Москве по месту жительства или по месту пребывания;

- выезд для проживания (в том числе временно) за пределы территории Российской Федерации;

- приостановление (прекращение) выплаты пенсии в городе Москве.

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

С текстом обязательства ознакомлен(а). Подтверждаю, что 1 экземпляр расписки-уведомления о подаче заявления и необходимых документов получил(ла) на руки.

Подпись заявителя\_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_*Михайлов М.М.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя)(*расшифровка подписи*)

Дата «\_*ХХ*\_\_» \_\_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_*ХХ*\_ г.

**Расписка-уведомление**

*(выдается на руки заявителю)*

Запрос (заявление) и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты:

*(ФИО заявителя)*

Регистрационный номер запроса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО должностного лица (работника),

ответственного за прием документов

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Обязуюсь сообщить в Отдел социальной защиты населения района города Москвы, предоставляющий мне государственную услугу, в срок не позднее
10 календарных дней со дня наступления следующих обстоятельств, влияющих на право получения государственной услуги и (или) ее размер:**

- поступление на работу (заключение трудового договора);

- заключение договора гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ или оказание услуг, договора авторского заказа,договора об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательского лицензионного договора, лицензионного договора о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

- регистрация в качестве индивидуального предпринимателя,получение лицензии или иного документа на осуществление профессиональной деятельности в качествеадвоката, арбитражного управляющего, нотариуса, занимающегося частной практикой, адвоката;

- назначение(перерасчет) ежемесячных денежных выплат, входящих в общую сумму материального обеспечения;

- поступление на полное государственное обеспечение в образовательной организации или помещение в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- поступление в организацию социального обслуживания для получения социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания на условиях постоянного или временного круглосуточного проживания;

- окончание (прекращение) обучения по очной форме обучения в образовательной организации;

- изменение места жительства (в том числе в пределах города Москвы),снятие с регистрационного учета в городе Москве по месту жительства или по месту пребывания;

- выезд для проживания (в том числе временно) за пределы территории Российской Федерации;

- приостановление (прекращение) выплаты пенсии в городе Москве.

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

С текстом обязательства ознакомлен(а). Подтверждаю, что 1 экземпляр расписки-уведомления о подаче заявления и необходимых документов получил(ла) на руки.

Подпись заявителя\_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_*Михайлов М.М.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя) (расшифровка подписи)

Дата «\_*ХХ*\_\_» \_\_\_*ХХХХХХ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_*ХХ*\_ г.