Начальнику Отдела социальной защиты населения

района\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Управления социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_

административного округа города Москвы

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество заявителя)*

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 |  |
| кем выдан |  |
| код подразделения |  | гражданство |  |
| место рождения |  |

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. являюсь получателем пенсии (пенсий) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пожизненного содержания,

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

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

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

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(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 Центре занятости населения не состою/состою с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(нужное подчеркнуть) (указать дату)*

В организации 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, не проживаю/проживаю

 *(нужное подчеркнуть)*

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

 *(указать дату и наименование организации)*

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

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 доплату к пенсии прошу осуществлять через:

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

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

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

|  |
| --- |
| Перечень документов, представленных заявителем: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| 9. |
| 10. |
| Данные документы представлены по собственной инициативе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись заявителя)* |
| Прошу запросить недостающие документы: | Дата получения | Подпись специалиста отдела 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя) (*расшифровка подписи)*

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*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 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.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении государственной услуги, 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.

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(почтовый адрес)*

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

 *(телефон) (адрес электронной почты)*

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя) (*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ 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;

- регистрация в качестве индивидуального предпринимателя, получение лицензии или иного документа на осуществление профессиональной деятельности в качестве адвоката, 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя) (*расшифровка подписи*)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ 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 качестве адвоката, 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(представителя заявителя) (*расшифровка подписи*)

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