Начальнику УТСЗН АИГО СК

О.В.Вильгоцкой

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

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

ФИО полностью

действующего в интересах[[1]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО полностью

\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ года рождения

ЗАЯВЛЕНИЕ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
о назначении компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан и способе ее доставки

Прошу назначить компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан (далее – компенсация) как (нужное отметить):

 одиноко проживающему неработающему собственнику жилого помещения, достигшему возраста 70 лет;

собственнику жилого помещения, достигшему возраста 70 лет, проживающему в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста и (или) неработающих инвалидов I и (или) II групп;

одиноко проживающему неработающему собственнику жилого помещения, достигшему возраста 80 лет;

собственнику жилого помещения, достигшему возраста 80 лет, проживающему в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста и (или) неработающих инвалидов I и (или) II групп.

Я являюсь:

законным представителем, доверенным лицом.

Паспорт или иной документ удостоверяющий личность гражданина серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_  
кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_.

Адрес регистрации:

по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по месту пребывания (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,e-mail (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

СНИЛС (заполняется по желанию гражданина):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Выплату назначенной компенсации прошу осуществлять через:

почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

наименование

номер структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

лицевой счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

владельцем счета является\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ФИО владельца номинального счета полностью

Способ формирования фонда капитального ремонта (нужное отметить):

через счет регионального оператора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

номер счета

через специальный счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

владелец специального счета

Наличие в многоквартирном доме лифтового оборудования: да  нет.

Наименование организации, осуществляющей управление многоквартирным домом:

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

Мне известно, что компенсация предоставляется только на одно жилое помещение и только по одной льготной категории.

Уведомляю Вас, что я имею право на получение мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг в соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать реквизиты нормативного правового акта Российской Федерации или Ставропольского края

В случае прекращения права собственности на жилое помещение, моего трудоустройства (трудоустройства гражданина) или трудоустройства членов моей (его) семьи, изменения состава семьи, общей площади жилого помещения, приходящейся на долю в праве собственности на это жилое помещение, основания для получения компенсации (за исключением достижения возраста 80 лет), обнаружения недостоверности представленных ранее документов либо иных обстоятельств, влияющих на размер и условия предоставления компенсации, обязуюсь извещать

**Управление труда и социальной защиты населения АИГО СК**

наименование органа, осуществляющего выплату компенсации

в течение двух недель со дня наступления вышеуказанных изменений и представлять документы, подтверждающие эти изменения.

Я подтверждаю, что сведения, представленные мной, являются полными и достоверными. Об условиях, являющихся основанием для приостановления, либо прекращения компенсации, а также об ответственности за представление неполных или заведомо недостоверных документов и сведений проинформирован.

К заявлению прилагаю:

сведения о зарегистрированных в жилом помещении гражданах, а также следующие документы:

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

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

----------------------------------------------------линия отрыва-----------------------------------------------

Расписка-уведомление о приеме документов

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО полностью

приняты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата приема документов

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

ФИО и подпись специалиста, принявшего документы

Приложение

к заявлению о назначении компен­сации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном до­­- ме отдельным категориям граждан и способе ее доставки

СВЕДЕНИЯ

о зарегистрированных в жилом помещении гражданах

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО полностью | Дата рождения | Паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Я подтверждаю, что предоставленные мною сведения о зарегистрированных в жилом помещении гражданах точны и достоверны.

|  |  |
| --- | --- |
| Заявитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись и расшифровка подписи заявителя  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата предоставления информации | Информацию принял(а):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись и расшифровка подписи специалиста  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата принятия информации |

».

1. Заполняется в случае подачи заявления законным представителем либо доверенным лицом льготника [↑](#footnote-ref-2)