В администрацию городского округа Тольятти

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

 зарегистрированный(ая) по адресу: г. Тольятти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 проживающий(ая) по адресу: г. Тольятти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 Паспорт, серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем, когда)

 являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать категорию)

 Медицинская помощь оказывается в медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется при наличии чрезвычайных обстоятельств, связанных с оказанием

 медицинской помощи)

 Прошу предоставить дополнительные меры социальной поддержки для

граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, чрезвычайных

обстоятельствах (нужное подчеркнуть), в виде единовременных денежных выплат

в связи с

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

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

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

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

 (указать основание, соответствующие обстоятельства)

 на счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ через отделение почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное выбрать)

 Заявляю, что за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ среднедушевой доход

семьи (одиноко проживающего гражданина):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Родственные отношения | Год рождения | Сведения о социально-демографической группе, категории | Доход, руб. (в т.ч. алименты) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 составил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сумма в рублях).

 Прошу исключить алименты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, удержанные в пользу

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

 Сообщаю, что ранее дополнительные меры социальной поддержки для

граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, чрезвычайных

обстоятельствах, в виде единовременных денежных выплат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (не предоставлялись/не предоставлялись, если предоставлялись, то когда)

 К настоящему заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Для отметки специалиста |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Достоверность представленных сведений подтверждаю, при выявлении

обратного обязуюсь вернуть соответствующие перечисленные денежные средства.

 Несу ответственность за достоверность представленных сведений в

соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

 О регистрации пакета документов уведомлен(а).

 "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

Заявление и документы приняты

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (Ф.И.О., подпись лица, осуществившего (дата)

 прием документов)

 Зарегистрировано N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заполняется работником муниципального автономного учреждения городского

округа Тольятти "Многофункциональный центр предоставления государственных и

муниципальных услуг:

 Сведения о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки для

граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, чрезвычайных

обстоятельствах в виде единовременных денежных выплат:

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

 Среднедушевой доход семьи (одиноко проживающего гражданина): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Величина прожиточного минимума семьи (одиноко проживающего гражданина):

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

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

 (Ф.И.О. инспектора)

 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г