В управление социальной защиты населения

админитсрации Ленинск-Кузнецкого

городского округа

(наименование уполномоченного органа)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(номер контактного телефона)

Заявление

о назначении ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства

1. В соответствии с [Законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RLAW284&n=122435&date=23.05.2023) Кемеровской области от 20.12.2004 N 114-ОЗ "О мерах социальной поддержки реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий" прошу назначить мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

ежемесячную денежную компенсацию взамен транспортного средства при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний к вождению.

2. Доставку ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства прошу производить (нужное отметить и заполнить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | через кредитную организацию (копия прилагается) |
|  | через организацию почтовой связи по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

3. Для назначения ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства представлены следующие документы (при личном обращении - с предъявлением их подлинников) (нужное отметить):

┌───┐

│ копия документа, удостоверяющего личность, место жительство заявителя (при └───┘обращении представителя заявителя - копии документов, удостоверяющих личность и полномочия представителя заявителя);

┌───┐

└─── копия документа, дающего право на пользование мерами социальной поддержки;

┌───┐

│ │ копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности;

└───┘

┌───┐

└─── копия договора банковского вклада (счета), копия справки кредитной организации о реквизитах счета, копии других документов, содержащих сведения о реквизитах счета.

4. Информирован(а), что необходимо сообщить в уполномоченный орган об обстоятельствах, влекущих прекращение ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства, не позднее 10 дней со дня наступления указанных обстоятельств (об изменении своего места жительства, об утрате основания предоставления ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства).

5. Заявление по моему желанию заполнено специалистом уполномоченного

органа \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (Ф.И.О.) (подпись)

Примечание \*: заполняется в случае заполнения заявления специалистом уполномоченного органа

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

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

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

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

Расписка-уведомление

Заявление и документы от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема | Ф.И.О. лица, принявшего заявление (должность, подпись, расшифровка подписи) |
|  |  |  |

1. Информирован(а), что необходимо сообщить в уполномоченный орган об обстоятельствах, влекущих прекращение ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства, не позднее 10 дней со дня наступления указанных обстоятельств (об изменении своего места жительства, об утрате основания предоставления ежемесячной денежной компенсации взамен транспортного средства).

2. Заявление по моему желанию заполнено специалистом уполномоченного органа \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (Ф.И.О.) (подпись)

Примечание \*: заполняется в случае заполнения заявления специалистом уполномоченного органа

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

(подпись)