Приложение 1

к Административному регламенту

|  |
| --- |
| **В территориальный орган социальной защиты населения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**на предоставление государственной услуги**

Я,

дата рождения

место жительства

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

документ, удостоверяющий личность

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  | когда и кем выдан |  |

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=C1FF9602F09D4D6FED6F73BF662BA3649922872E4340C6CA279D65D988sEpEM) от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» **прошу выплатить социальное пособие на погребение умершего**

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

Ф.И.О. умершего

На день смерти зарегистрирован (а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Погребение осуществлялось за мой счет.

Умерший являлся:

1) гражданином(кой), который(ая) не подлежал(а) обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти и не являлся(ась) пенсионером \_\_\_\_\_\_\_ (да /нет)

2) мертворожденным ребенком по истечении 154 дней беременности \_\_\_\_\_\_\_\_(да/нет)

**1.1. Прошу денежные средства перечислить:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать наименование кредитной организации и номер счета или номер почтового отделения)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(линия отреза)

|  |
| --- |
| **Штамп (реквизиты ТО СЗН)** |

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление социального пособия на погребение гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_поступившие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО, должность)  телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Дата приема заявления и документов | Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан | Дата получения результата предоставления государственной услуги | Подпись специалиста |
|  |  |  |  |

**2. Представляю документы** согласно перечню документов, необходимых для предоставления государственной услуги.

**3. Уведомлен,** что за сообщение умышленно ложных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**4. Даю согласие** на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных с целью предоставления социального пособия на погребение в соответствии с действующим законодательством. Передача моих персональных данных сторонним организациям может производиться только в целях улучшения моего материального положения.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| " |  | " |  | 20 года |  |
|  |  |  |  |  | (подпись заявителя) |

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста |
| Расписка о приеме документов получена | Подпись заявителя |
| Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (нужное подчеркнуть)  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. исх. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись специалиста |

**Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги**

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень представленных документов | Количество документов (шт.) |
| 1. Документ, удостоверяющий личность заявителя |  |
| 2. Справка о смерти, выданная органами записи актов гражданского состояния |  |

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

(линия отреза)

**Расписка-уведомление**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял:  ФИО специалиста  телефон | |
|  | Дата приема заявления и документов | Подпись специалиста |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста |