

**Собрание депутатов**

**Каслинского муниципального района**

**ШЕСТОГО СОЗЫВА**

Челябинской области

Р Е Ш Е Н И Е

от «29» октября 2024 г. № 509

г. Касли

О внесении изменений и дополнений в Порядок оказания единовременной социальной помощи членам семьи гражданина, призванного на военную службу по мобилизации

С целью установления дополнительных мер социальной поддержки гражданам, призванным на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации или являющимся иными участниками специальной военной операции и членам их семей,

**Собрание депутатов Каслинского муниципального района РЕШАЕТ:**

1. Внести изменения и дополнения в Порядок оказания единовременной социальной помощи членам семьи гражданина, призванного на военную службу по мобилизации, утвержденный решением Собрания депутатов Каслинского муниципального района от 02.12.2022 №304 (с изменениями от 31.01.2023 №324, от 28.05.2024 №459, от 11.07.2024 №477), утвердив его в новой редакции (прилагается).

2. Направить главе Каслинского муниципального района для подписания изменения и дополнения, утвержденные пунктом 1 настоящего решения.

3. Настоящее решение подлежит опубликованию в сетевом издании «Официальный сайт Собрания депутатов Каслинского муниципального района Челябинской области» (http://kasli-sobr-dep.ru, регистрация в качестве сетевого издания: Эл № ФС77-83192 от 26.04.2022г.).

4. Настоящее решение вступает в силу с момента его официального опубликования.

5. Включить настоящее решение в регистр муниципальных нормативных правовых актов Каслинского муниципального района.

6. Признать утратившими силу решения Собрания депутатов Каслинского муниципального района:

- от 31.01.2023 №324 «О внесении изменений и дополнений в Порядок оказания единовременной социальной помощи членам семьи гражданина, призванного на военную службу по мобилизации»;

- от 28.05.2024 №459 «О внесении изменений в Порядок оказания единовременной социальной помощи членам семьи гражданина, призванного на военную службу по мобилизации»;

- от 11.07.2024 №477 «О внесении изменений и дополнений в Порядок оказания единовременной социальной помощи членам семьи гражданина, призванного на военную службу по мобилизации»;

7. Контроль за исполнением настоящего решения возложить на председателя Собрания депутатов Каслинского муниципального района Дятлова И.М.

Председатель Собрания депутатов

Каслинского муниципального района И.М.Дятлов

УТВЕРЖДЕНЫ

решением Собрания депутатов

Каслинского муниципального района

от «29» октября 2024 г. №509

**Изменения и дополнения**

**в Порядок оказания единовременной социальной помощи членам семьи гражданина, призванного на военную службу по мобилизации**

**«**

**ПОРЯДОК**

**оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей**

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий Порядок оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей(далее - Порядок) определяет виды, порядок и условия оказания социальной помощи гражданам (семьям), проживающим на территории Каслинского муниципального района, за счет средств бюджета Каслинского муниципального района и добровольных пожертвований учреждений, организаций, граждан.

2. Организацию работы по оказанию единовременной социальной помощи (далее - социальная помощь) осуществляет Муниципальное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения» Каслинского муниципального района (далее- КЦСОН).

3. В рамках реализации настоящего Порядка социальная помощь может быть оказана гражданам, участникам специальной военной операции, указанным в подпунктах 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 21 пункта 1 статьи 1 Закона Челябинской области от 29 июня 2022 № 623-ЗО «О дополнительных мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в связи с проведением специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины» и членам их семей (далее - военнослужащие и члены их семей):

1) супруге (супругу);

2) несовершеннолетним детям;

3) одиноко проживающим родителям.

4. Для принятия КЦСОН решения о назначении социальной помощи заявитель предоставляет в письменной форме следующие документы:

1) заявление гражданина, по форме, являющейся приложением к настоящему Порядку;

2) документ, подтверждающий личность заявителя и документ, подтверждающий его полномочия, в случае если обращается лицо, отличное от лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка;

3) документы, подтверждающие степень родства и(или) свойства членов семьи;

4) документ, подтверждающий регистрацию заявителя по месту жительства (по месту пребывания, при отсутствии регистрации по месту жительства на территории другого муниципалитета) в Каслинском муниципальном районе;

5) справка Военного комиссариата о призыве на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.09.2022 года №647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации» или иные документы (сведения) об участии в специальной военной операции;

6) документы, подтверждающие стоимость медицинских и лечебных процедур, восстановительного лечения, покупки дорогостоящих лекарственных препаратов для несовершеннолетних детей военнослужащего, при обращении за оплатой медицинских услуг;

7) договор найма жилого помещения, заключенный в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, при обращении за компенсацией расходов на оплату найма жилого помещения;

8) справка, выданная уполномоченным органом об полном (частичном) уничтожении жилого помещения, являющегося местом постоянного проживания в результате пожара, иного ЧС природного или техногенного характера, при обращении за компенсацией расходов на оплату найма жилого помещения;

9) реквизиты счета заявителя в кредитной организации.

5. Сведения, указанные в заявлении, подтверждаются посредством дополнительной проверки (комиссионного обследования) с составлением акта материально-бытового обследования.

6. Социальная помощь оказывается единовременно не чаще одного раза в год, за исключением социальной помощи в виде компенсации расходов на оплату найма жилого помещения, которая оказывается ежемесячно на срок действия договора найма жилого помещения, но не более 1 (одного) года.

7. Отказом в получении социальной помощи может служить:

1) отсутствие регистрации по месту жительства (регистрации по месту пребывания, при отсутствии регистрации по месту жительства на территории другого муниципалитета) на территории Каслинского муниципального района;

2) не предоставление документов, подтверждающих целевое расходование денежных средств по ранее выплаченной социальной помощи;

3) несоответствие заявителя перечню лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка;

4) демобилизация гражданина, призванного на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.09.2022 года №647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации» на момент подачи заявления, окончание (расторжение) контракта с лицом, заключившим контракт с Министерством обороны Российской Федерации;

5) предоставление неполных, недостоверных сведений;

6) отсутствие денежных средств (средства муниципального бюджета, средства добровольных пожертвований) на оказание социальной помощи.

8. При устранении обстоятельств, послуживших основанием для отказа в получении социальной помощи заявитель имеет право повторно обратиться за социальной помощью.

9. Оказание социальной помощи осуществляется в пределах средств бюджета Каслинского муниципального района и добровольных пожертвований. В случае недостаточности и (или) отсутствия денежных средств на оказание социальной помощи оказание помощи и действие настоящего Порядка приостанавливается.

**II. ВИДЫ И РАЗМЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

10. Социальная помощь по настоящему Порядку может быть оказана:

1) за счет средств муниципального бюджета и добровольных пожертвований:

- на приобретение твердого топлива в целях отопления жилого помещения, в котором военнослужащий и (или) члены его семьи зарегистрированы по месту жительства (месту пребывания, при отсутствии регистрации по месту жительства на территории другого муниципалитета), при отсутствии в нем иных используемых видов отопления в размере 10 000 рублей единовременно;

- для оплаты медицинских и лечебных процедур, восстановительного лечения, покупки дорогостоящих лекарственных препаратов для несовершеннолетних детей военнослужащего, в случае, если необходимую помощь семья не может получить в рамках программы государственных гарантий (ОМС, ФМБА России), а также когда срочность предоставления помощи и дополнительные лечебные мероприятия могут сохранить жизнь и здоровье ребенку, в размере фактических расходов (подтвержденных документально), но не более 10 000 рублей единовременно;

- на компенсацию расходов на оплату найма жилого помещения в случае полного (частичного) уничтожения жилого помещения, являющегося местом постоянного проживания в результате пожара, иного ЧС природного или техногенного характера на период проведения необходимых восстановительных работ в размере фактических расходов на оплату найма, но не более 15 000 рублей ежемесячно на срок не более 1 года.

2) за счет средств добровольных пожертвований:

- на иные цели, указанные благотворителем.

11. Заявитель обязан представить в КЦСОН документы, подтверждающие целевое использование предоставленной социальной помощи (произведенные расходы) в течение месяца с момента получения средств.

**III. ПОРЯДОК И СРОКИ РАССМОТРЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

12. Для рассмотрения вопросов о назначении социальной помощи при КЦСОН создается Комиссия по вопросам оказания единовременной социальной помощи, которая не позднее. чем через 30 (тридцать) рабочих дней после обращения заявителя и представления им необходимых документов, рассматривает представленные заявителем документы и принимает решение о назначении и размере социальной помощи, в пределах, установленных настоящим Порядком, либо об отказе в назначении социальной помощи (далее именуется — решение).

13. Уведомление о назначении социальной помощи или об отказе в ее назначении направляется в письменной форме заявителю ответственным специалистом КЦСОН по месту жительства или месту пребывания заявителя не позднее 3 (трех) рабочих дней после принятия решения.

14. Основанием для выплаты социальной помощи является решение Комиссии о назначении и размере социальной помощи.

15. Социальная помощь выплачивается в денежной форме, путем перечисления на счет заявителя, открытый в кредитной организации.

16. Социальная помощь оказывается в пределах средств, предусмотренных на указанные цели в бюджете Каслинского муниципального района и (или) средств, полученных в виде добровольный пожертвований.

**IV**. **ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАЗМЕЩЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОКАЗАНИИ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

17. Информация об оказании социальной помощи военнослужащим и членам их семей размещается в государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере». Размещение и получение указанной информации в государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере» осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

.»

Глава

Каслинского муниципального района И.В. Колышев

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

Приложение 1

к Порядку оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей

от «29» октября 2024 г.№509

Директору КЦСОН

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

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу назначить и выплатить мне единовременную социальную помощь в соответствии с Порядком оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей, утвержденным решением Собрания депутатов Каслинского муниципального района от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_, в целях возмещения расходов на **оплату медицинских и лечебных процедур, восстановительного лечения, покупки дорогостоящих лекарственных препаратов** *(нужное подчеркнуть)* для несовершеннолетнего ребенка военнослужащего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, дата рождения)

Возможность получения указанной помощи в рамках программы государственных гарантий (ОМС, ФМБА России) отсутствует.

Согласно прилагаемым документам. Достоверность предоставленных мною данных подтверждаю.

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

(подпись заявителя)

Я согласен(а) на обработку моих персональных данных, их предоставление/передачу третьим лицам по защищенным каналам связи, исключающим несанкционированный доступ к передаваемой информации, для обработки только в целях предоставления мне муниципальной услуги «Выплата единовременной социальной помощи».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Средства прошу перечислить на счет № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

**К заявлению прилагаю:**

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Уведомление о принятом заявлении:

Заявление от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о назначении и выплате

единовременной социальной помощи принято "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

специалистом КЦСОН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Зарегистрировано в КЦСОН за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_; тел. 8 (35149) 2-20-21

Приложение 2

к Порядку оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей

от «29» октября 2024 г.№509

Директору КЦСОН

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

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу назначить и выплатить мне единовременную социальную помощь в соответствии с Порядком оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей, утвержденным решением Собрания депутатов Каслинского муниципального района от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_, в связи с необходимостью приобретения твердого топлива в целях отопления жилого помещения, являющегося единственным жилым помещением.

**В жилом помещении зарегистрированы по месту жительства (пребывания):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фамилия, имя, Отчество** | **Дата рождения** | **Степень родства** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**В жилом помещении иные виды отопления** **не используются.**

Согласно прилагаемым документам. Достоверность предоставленных мною данных подтверждаю.

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

(подпись заявителя)

Я согласен(а) на обработку моих персональных данных, их предоставление/передачу третьим лицам по защищенным каналам связи, исключающим несанкционированный доступ к передаваемой информации, для обработки только в целях предоставления мне муниципальной услуги «Выплата единовременной социальной помощи».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Средства прошу перечислить на счет № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

**К заявлению прилагаю:**

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Уведомление о принятом заявлении:

Заявление от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о назначении и выплате

единовременной социальной помощи принято "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

специалистом КЦСОН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Зарегистрировано в КЦСОН за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_; тел. 8 (35149) 2-20-21

Приложение 3

к Порядку оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей

от «29» октября 2024 г.№509

Директору КЦСОН

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

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить мне ежемесячную социальную помощь в соответствии с Порядком оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей, утвержденным решением Собрания депутатов Каслинского муниципального района от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_, на оплату найма жилого помещения.

Подтверждаю, что с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года мной заключен договор найма жилого помещения, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, расположенного по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Об ответственности за предоставление недостоверных сведений предупрежден. О досрочном расторжении договора найма обязуюсь сообщить в пятидневный срок с даты расторжения.

Согласно прилагаемым документам. Достоверность предоставленных мною данных подтверждаю.

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

(подпись заявителя)

Я согласен(а) на обработку моих персональных данных, их предоставление/передачу третьим лицам по защищенным каналам связи, исключающим несанкционированный доступ к передаваемой информации, для обработки только в целях предоставления мне муниципальной услуги «Выплата единовременной социальной помощи».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Средства прошу перечислить на счет № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

**К заявлению прилагаю:**

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Уведомление о принятом заявлении:

Заявление от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о назначении и выплате

единовременной социальной помощи принято "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

специалистом КЦСОН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Зарегистрировано в КЦСОН за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_; тел. 8 (35149) 2-20-21

Приложение 4

к Порядку оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей

от «29» октября 2024 г.№509

Директору КЦСОН

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

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу назначить и выплатить мне единовременную социальную помощь в соответствии с Порядком оказания социальной помощи участникам специальной военной операции и членам их семей, утвержденным решением Собрания депутатов Каслинского муниципального района от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_, в целях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласно прилагаемым документам. Достоверность предоставленных мною данных подтверждаю.

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

(подпись заявителя)

Я согласен(а) на обработку моих персональных данных, их предоставление/передачу третьим лицам по защищенным каналам связи, исключающим несанкционированный доступ к передаваемой информации, для обработки только в целях предоставления мне муниципальной услуги «Выплата единовременной социальной помощи».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Средства прошу перечислить на счет № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

**К заявлению прилагаю:**

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Уведомление о принятом заявлении:

Заявление от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о назначении и выплате

единовременной социальной помощи принято "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

специалистом КЦСОН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Зарегистрировано в КЦСОН за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_; тел. 8 (35149) 2-20-21