В департамент по вопросам

семьи, опеки и попечительства

Администрации городского округа

"Город Архангельск"

Начальнику управления/отдела

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

территориальному округу

ЗАЯВЛЕНИЕ

о признании семьи (одиноко проживающего гражданина)

малоимущей (малоимущим) в целях оказания мер социальной

поддержки за счет средств городского бюджета

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

действующий(-щая) на основании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(строка заполняется представителем заявителя, указывая: удостоверение опекуна либо доверенность)

прошу признать (нужное подчеркнуть):

мою семью

семью

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

(указать Ф.И.О. гражданина, чьи интересы представитель заявителя представляет по доверенности)

моего опекаемого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. опекаемого)

малоимущей(-щим) для оказания мер социальной поддержки за счет средств

городского бюджета, а именно (нужное подчеркнуть):

для предоставления одноразового горячего питания в муниципальном

образовательном учреждении;

для предоставления социального места в муниципальном дошкольном

образовательном учреждении;

для единовременной частичной компенсации стоимости путевки в

стационарные и профильные лагеря;

для выплаты социального пособия на содержание детей, находящихся под

опекой (попечительством).

Для признания семьи (одиноко проживающего гражданина) малоимущей(-щим)

сообщаю следующую информацию:

Адрес проживания семьи (одиноко проживающего гражданина):

г. Архангельск, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация, осуществляющая ведение регистрационного учета граждан по

месту жительства в указанном жилом доме, (нужное отметить знаком "V"):

МУ "ИРЦ" - другая организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать название организации)

Контактный телефон заявителя (представителя заявителя):

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

Состав семьи на дату подачи заявления, включая заявителя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) | Дата рождения | Адрес регистрации по месту жительства (при совпадении с адресом заявителя указывается "тот же") | ИНН  (при наличии) | СНИЛС  (при наличии) | Степень родства |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

<1> При решении вопроса о признании малоимущими доверителя и членов его

семьи либо опекаемого представитель заявителя не указывается.

Дополнительная информация о составе семьи [<2>](#P589):

с отцом (матерью) ребенка (детей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

совместно проживаем/совместно не проживаем (нужное подчеркнуть)

<2> Заполняется в случае, если брак между родителями ребенка (детей) не

заключен).

Сведения о доходах семьи [<3>](#P611):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Вид дохода (зарплата, пенсия, пособия, компенсации и т.д.) | Источники дохода |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

<3> Указываются все виды доходов, полученных заявителем и каждым членом его семьи в течение 6 месяцев, предшествующих месяцу обращения, и их источники.

При решении вопроса о признании малоимущими доверителя и членов его семьи либо опекаемого доходы представителя заявителя не указываются.

Сообщаю, что за последние 6 месяцев я и члены моей семьи (опекаемый, доверитель и члены его семьи) (нужное подчеркнуть):

субсидии на оплату жилого помещения и коммунальных услуг получали/не получали;

льготы по оплате жилого помещения и коммунальных услуг имели/не имели;

доходы от реализации имущества (транспортных средств, жилых домов,

квартир, комнат, дач, земельных участков) имели/не имели. Данное имущество

находилось в собственности менее трех лет/ более трех лет;

социальные и имущественные налоговые вычеты получали/не получали;

средства материнского (семейного) капитала, единовременную выплату за счет средств материнского (семейного) капитала получали/не получали.

Других доходов, не указанных в заявлении, я и члены моей семьи (опекаемый, доверитель и члены его семьи) за последние 6 месяцев не имели.

Дополнительные сведения:

ребенок (дети) является(-ются) воспитанником(-ами) муниципального

дошкольного образовательного учреждения N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

ребенок (дети) является(-ются) учащимся(-мися) муниципального

образовательного учреждения N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

заявление о взыскании алиментов с отца (матери) ребенка (детей)

подавалось/не подавалось/отозвано (нужное подчеркнуть);

нотариально удостоверенное соглашение об уплате алиментов с отцом

(матерью) ребенка (детей) заключалось/ не заключалось/ расторгнуто (нужное

подчеркнуть);

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

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

Я, члены моей семьи (доверитель, члены его семьи) несем ответственность   
за достоверность представленных мной (нами) сведений и подтверждающих   
их документов в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, согласны на проверку данных сведений в налоговом и иных органах   
и организациях.

Я, члены моей семьи (доверитель, члены его семьи) подтверждаем свое согласие на обработку департаментом по вопросам семьи опеки и попечительства Администрации городского округа "Город Архангельск", управлением/ отделом   
по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ территориальным округам департамента по вопросам семьи опеки и попечительства Администрации городского округа "Город Архангельск" (далее - оператор) моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи (опекаемого, доверителя), включая фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное, имущественное положение, паспортные данные, данные документов, подтверждающих право   
на меры социальной поддержки и другую информацию, указанную в заявлении   
и документах, представляемых мной оператору с целью реализации органом местного самоуправления своих полномочий в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее - согласие).

Я, члены моей семьи (доверитель, члены его семьи) предоставляем оператору право осуществлять все действия (операции) с нашими персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу кругу лиц, определенных соглашениями и нормативно-правовыми актами, регламентирующими деятельность органов местного самоуправления; обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в том числе   
с применением средств автоматизированной обработки.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне, членам моей семьи (доверителю, членам его семьи) разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует наши персональные данные (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу), прекращает предоставление нам услуги органа местного самоуправления   
по признанию семьи малоимущей в целях предоставления мер социальной поддержки   
за счет средств городского бюджета

с момента подачи заявления, а наши персональные данные подлежат уничтожению по истечении трех лет с даты отзыва согласия.

Результат предоставления муниципальной услуги прошу:

|  |  |
| --- | --- |
| Выдать на бумажном носителе при личном обращении в Администрацию городского округа "Город Архангельск" |  |
| Направить на бумажном носителе на почтовый адрес: |  |

Подпись заявителя (представителя заявителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи совершеннолетних членов семьи:

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

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

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

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)