В отраслевой орган Администрации Каменск-Уральского городского округа

по жилищному хозяйству

(наименование органа местного самоуправления)

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

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Полный адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_

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

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ \_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи)

Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

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

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Страховой номер индивидуального

лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о назначении компенсации расходов**

**на оплату жилого помещения и коммунальных услуг**

Прошу назначить компенсацию расходов на оплату жилого помещения и

коммунальных услуг в соответствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать нормативный правовой акт, в соответствии с которым гражданину установлена

мера социальной поддержки по компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать льготную категорию)

Совместно проживающие члены семьи:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер строки | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Степень родства | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) | Адрес регистрации |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Организацией, начисляющей мне платежи за жилое помещение и коммунальные услуги, является

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

(наименование организации, адрес)

Компенсацию расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг

прошу перечислять в (отметить в первой графе):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кредитную организацию: N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер филиала кредитной организации)  На счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер счета в кредитной организации) |
|  | Отделение почтовой связи по адресу регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер отделения почтовой связи) |

К заявлению прилагаю следующие документы [\*](#Par417):

|  |  |
| --- | --- |
| Номер строки | Наименование документа |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Обязуюсь своевременно извещать уполномоченный орган о наступлении обстоятельств, влекущих изменение или прекращение выплаты компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, в течение 14 дней со дня наступления указанных обстоятельств и представить подтверждающие документы.

Предупрежден (предупреждена), что в случае наличия у меня подтвержденной вступившим в законную силу судебным актом непогашенной задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, которая образовалась за период не более чем три последних года, выплата компенсации расходов прекращается.

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

(дата) (подпись заявителя)

Согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, паспортные данные, данные документа, дающего право на меры социальной поддержки, страховой номер индивидуального лицевого счета, адрес проживания, степень родства, номер лицевого счета в кредитной организации, а также информацию о назначенных и выплаченных суммах компенсации, в том числе передачу персональных данных третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, исполнительным органам государственной власти Свердловской области, их территориальным органам и подведомственным им государственным учреждениям, кредитным организациям, организациям федеральной почтовой связи, ресурсоснабжающим организациям, организациям, взимающим платежи за жилищные и коммунальные услуги, управляющим организациям, товариществам собственников жилья и другим организациям, учреждениям и ведомствам с целью оказания мер социальной поддержки в соответствии с требованиями действующего законодательства, осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на уполномоченный орган функций, полномочий и обязанностей, подтверждаю.

Уполномоченный орган вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими деятельность уполномоченного органа.

Настоящее заявление действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласие дано добровольно и может быть досрочно отозвано в случаях, предусмотренных Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389193&date=10.01.2022) от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", на основании заявления, поданного в уполномоченный орган.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество заявителя и членов семьи | Дата | Подпись |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Заявление принял:

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста)