|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
|  | (наименование ЦСЗН) |
| от заявителя |  |
|  | (фамилия, имя, отчество, заполняется заявителем) |
|  |
| от представителя заявителя |  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество, заполняется представителем заявителя от имени заявителя) |
|  |
| (указать фамилию, имя, отчество заявителя) |
| Адрес места жительства заявителя |  |
|  |
| (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| Адрес места пребывания заявителя |  |
|  |
| (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| Адрес фактического проживания заявителя |  |
|  |
| (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область |
|  |
| (заполняется в случае переезда) |
|  |
| (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
|  |
| страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) - при наличии |
| телефон |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕо предоставлении государственных(ой) услуг(и) |
|  |
| Прошу назначить ежегодную денежную выплату в соответствии с частью 2 статьи 23 Федерального закона "О донорстве крови и ее компонентов" |

|  |
| --- |
| Сведения об удостоверении о награждении нагрудным знаком "Почетный донор России" или "Почетный донор СССР" утвержденного образца |
| Вид удостоверения (отметить нужное) | Номер документа | Дата выдачи | Кем выдан | Примечание |
| Почетный донор России |  |  |  |  |
| Почетный донор СССР |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю: |
| N п/п | Наименование документа | Количество документов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Согласен(а) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и). Предупрежден(а) о том, что:при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации;при запросе документов (сведений) ЦСЗН, необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе;при наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращение ее предоставления (например: перемена места жительства; изменение номера банковского счета, персональных данных), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке. |
|  |
|  |  | (подпись заявителя (представителя заявителя)) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать на текущий счет, привязанный к банковской карте национальной платежной системы "Мир", открытый в кредитной организации |
|  |  |
|  |  | Или: |
|  |  | Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение: |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"): |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>: Ленинградская область, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить по почте, указать адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | направить по электронной почте, указать электронный адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |

|  |
| --- |
| --------------------------------<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу. |
|  |
| Заполняется специалистом: |
| Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы специалиста) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление зарегистрировано в ЦСЗН |  |  |  |  |  |
|  | (дата) |  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы специалиста) |