|  |  |
| --- | --- |
|  | В 18 УТСЗН администрации Раздольненского р-на  От  Дата рождения  Паспорт:  Выдан:  Проживающего(ей) по адресу:  Телефон:  Заявление № |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги по назначению «Дополнительная мера социальной поддержки для улучшения жилищных условий семьи, имеющих детей»

Прошу назначить (перерасчитать) МСП «Дополнительная мера социальной поддержки для улучшения жилищных условий семьи, имеющих детей» в соответствии с НПД «Постановление Совета министров Республики Крым от 10.10.2019 №574 "Об утверждении Положения о мерах по реализации Закона Республики Крым «О предоставлении дополнительной меры социальной поддержки для улучшения жилищных условий семьям, имеющим детей, в Республике Крым»"», на основании категории: «Семьи, имеющие детей».

Прошу перечислять выплату:

Обязуюсь своевременно (не позднее, чем в месячный срок) сообщить о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера назначения или прекращение выплаты.

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись заявителя, расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование документов** | **Количество экземпляров** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование,  
 распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных.

Согласие действует в течение года. В случае, если за один месяц до истечения срока моего согласия на обработку персональных данных от меня не последует письменного заявления о его отзыве, настоящее согласие считается автоматически пролонгированным на каждый следующий год.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Документы принял: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись специалиста