*Приложения к Положению «О порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации*

*Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86», утвержденное Постановлением администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 г. № 77*

|  |
| --- |
| **Приложение 1 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

**АКТ** от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

о раздельном проживании заявителя и членов его семьи, совместно с ним зарегистрированных по месту жительства

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес жилого помещения, являющегося местом регистрации заявителя и членов его семьи |  | | | | |
| Фамилия, имя, отчество члена семьи, зарегистрированного в жилом помещении совместно с заявителем (включая заявителя) | Дата рождения | Родство (свойство) | Жилое помещение, в котором фактически проживают члены семьи | | |
| Адрес жилого помещения | Период проживания в жилом помещении | Наличие/Отсутствие регистрации по месту пребывания |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| При выходе по месту регистрации заявителя, установлено: | |
| Информация о визуальном осмотре жилого помещения |  |
| Со слов соседей заявителя:  Фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, полученная информация |  |
| Со слов иных лиц, владеющих информацией:  Фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, полученная информация |  |
|  |  |
| При выходе по месту фактического проживания членов семьи заявителя, установлено: | |
| Адрес жилого помещения, являющегося местом фактического проживания членов семьи заявителя |  |
| Фамилия, имя, отчество членов семьи, фактически проживающих в жилом помещении |  |
| Информация о визуальном осмотре жилого помещения |  |
| Со слов соседей:  Фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, полученная информация |  |
| Со слов иных лиц, владеющих информацией:  Фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, полученная информация |  |
|  | |
| Таким образом, установлено следующее: | |
|  | |

Акт составлен:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность специалиста | Подпись |
|  |  |  |

в присутствии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность (при наличии), Родственные связи, и т.д. | Подпись |
|  |  |  |

С актом ознакомлен:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество заявителя | Подпись |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Приложение 2 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

Начальнику Управления СЗН (учреждения)

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

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| (дата рождения (СНИЛС гражданина) гражданина) |  |
| (реквизиты документа, удостоверяющего личность) |  |
| (гражданство, сведения о месте проживания  (пребывания) на территории Верхнеуфалейского  городского округа) |  |
| (контактный телефон, e-mail (при наличии)) |  |
| фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя |  |
| реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства |  |

Заявление

о выплате социального пособия

Прошу выплатить мне социальное пособие, как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать категорию).

Имею удостоверение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи,

выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Сообщаю, что социальное пособие необходимо на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(указать)

**Состав семьи (при наличии):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество в том числе заявителя | Дата рождения | Родство (свойство) | Адрес по месту регистрации | Адрес фактического проживания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись заявителя

Социальное пособие прошу перечислить на лицевой счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

открытый в кредитной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись заявителя

**Специалист принявший заявление**

Фамилия И.О., должность учреждение, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заявление зарегистрировано** «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. N \_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Приложение 2.1. к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

**Согласие субъекта на обработку персональных данных**

Я, [**фамилия, имя, отчество**], проживающий(ая) по адресу [**вписать нужное**], основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) (при наличии) [**серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа**], в лице моего представителя (если есть) [**фамилия, имя, отчество**], проживающего(ей) по адресу [**вписать нужное**], основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) [**серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа**], действующего (ей) на основании [**наименование документа, подтверждающего полномочия представителя и его реквизиты**], на основании [статей 9](https://internet.garant.ru/#/document/12148567/entry/9), [11](https://internet.garant.ru/#/document/12148567/entry/11) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" в целях предоставления мне (моей семье) муниципальной социальной помощи, даю свое согласие [**наименование учреждения, наделенного правом приема документов и адрес учреждения, получающего согласие субъекта персональных данных**] на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных и персональных данных членов моей семьи, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в том числе сбор и хранение биометрических персональных данных, их проверку и передачу информации о степени их соответствия предоставленным биометрическим персональным данным гражданина Российской Федерации, а также на запросы и получение в различных организациях любых персональных данных моих и членов моей семьи, указанных в заявлении о предоставлении муниципальной социальной помощи, с целью определения права на получение муниципальной социальной помощи, направление моих персональных данных и моих членов семьи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Фамилия, имя, отчество (включая заявителя) | Дата рождения | Адрес регистрации по месту жительства | Родство (свойство) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

для решения вопроса о предоставлении муниципальной социальной помощи.

Настоящее согласие действует [**срок**].

Я ознакомлен (на) с тем, что вправе отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных членом моей семьи, письменно уведомив об этом [**наименование учреждения, наделенного правом приема документов и адрес учреждения, получающего согласие субъекта персональных данных**].

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных [**наименование учреждения, наделенного правом приема документов**] обязан прекратить их обработку или обеспечить прекращение такой обработки (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению [**наименование учреждения, наделенного правом приема документов**], в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного срока [**наименование учреждения, наделенного правом приема документов**] осуществляет блокирование таких персональных данных или обеспечивает их блокирование (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев.

[**подпись субъекта персональных данных**]

[**число, месяц, год**]

|  |
| --- |
| **Приложение 2.2. к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

**АКТ** от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

обследования условий жизнедеятельности гражданина (семьи)

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Фамилия, имя, отчество заявителя** |  |
| **2. Дата рождения** |  |
| **3. Регистрация по месту жительства (месту пребывания)** |  |
| **4. Адрес фактического проживания** |  |
| **5. Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан)** |  |
| **5. СНИЛС** |  |
| **6. ИНН** |  |
| **7. Номер пенсионного удостоверения (при наличии)** |  |
| **8. Льготный статус заявителя (при наличии)** |  |

**9. Состав семьи заявителя (при наличии):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество члена семьи | Дата рождения | Регистрация по месту жительства (месту пребывания) | Место фактического проживания | Родство  (свойство) | Занятость | Наличие статуса (категории) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**10. Жилищно-бытовые условия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Вид жилого помещения | Основание владения (пользования) | Характеристика жилого помещения |
|  |  |  |  |

1. **Проблемы гражданина и (или) членов его семьи в сферах жизнедеятельности:**

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинской |  |
| Бытовой |  |
| Образовательной |  |
| Личной |  |
| Правовой |  |
| Социальной |  |

1. **Вид социальной поддержки (социальной помощи), иной помощи, которые были оказаны гражданину (семье) в текущем году:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Вид помощи | Размер | Дата выдачи | Кем оказана |
|  |  |  |  |  |

**16. Заключение по результатам обследования условий жизнедеятельности заявителя (семьи):**

|  |
| --- |
| В ходе обследования условий жизнедеятельности гражданина (семьи) (фамилия, имя, отчество заявителя) выявлено: |
|  |

Акт обследования условий жизнедеятельности заявителя (семьи) составлен:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность специалиста | Подпись |
|  |  |  |

в присутствии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность (при наличии), Родственные связи, и тд. | Подпись |
|  |  |  |

С актом ознакомлен:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество заявителя | Подпись |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Приложение 2.3. к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |   **ФОРМА**  УТВЕРЖДЕН  Руководителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование должности и учреждения  Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Индивидуальный план мероприятий по улучшению качества жизни ветерана**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(ФИО)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование мероприятия по улучшению качества жизни гражданина | Сроки | Сумма (руб.) | Источник финансирования\* | Ответственный | Отместка о выполнении с указанием даты | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   При планировании мероприятий по улучшению качества жизни гражданина необходимо предусмотреть возможность оказания социальной помощи (услуг) за счет средств областного и местного бюджетов, а также внебюджетных источников путем привлечения волонтеров и добровольцев в сферу социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.  **Составлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Исполнитель *(должность, ФИО)*  Контактные данные *(номер телефона)*  **Дата составления «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**   |  | | --- | | **Приложение 2.4. к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 | |

**ФОРМА**

*На бланке учреждения*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_

Указываются данные заявителя

*(адрес регистрации и (или) проживания,*

*ФИО заявителя)*

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Ваше заявление от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_года, поступившее в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать учреждение),

зарегистрированное за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_года, рассмотрено и вынесено следующее решение:

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

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

(указывается принятое решение)

Основание: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указывается реквизиты Протокола Комиссии, либо распорядительного документа)

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

*(наименование должности руководителя) (подпись) (расшифровка подписи)*

М.П.

Исполнитель *(должность, ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Контактные данные *(номер телефона) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| **Приложение 3. к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

УТВЕРЖДЕН

Руководителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование должности и учреждения

Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СПИСОК**

**активистов** **общественных социально-ориентированных организаций Верхнеуфалейского городского округа, оказывающим услуги и поддержку гражданам старшего поколения, на выплату единовременного социального пособия ко Дню пожилого человека**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество гражданина | Дата рождения | Адрес по месту регистрации | Наименование общественной социально-ориентированной организации Верхнеуфалейского городского округа | Основание для включения в список |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Составлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Исполнитель *(должность, ФИО)*

Контактные данные *(номер телефона)*

**Дата составления «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

|  |
| --- |
| **Приложение 4 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

Начальнику Управления СЗН (учреждения)

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

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| (дата рождения (СНИЛС гражданина) гражданина) |  |
| (реквизиты документа, удостоверяющего личность) |  |
| (гражданство, сведения о месте проживания  (пребывания) на территории Верхнеуфалейского  городского округа) |  |
| (контактный телефон, e-mail (при наличии)) |  |
| фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя |  |
| реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства |  |

Заявление

о выдаче предмета, улучшающего качество жизни

Прошу выдать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать наименование предмета).

Являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать категорию)

Имею удостоверение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи,

выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Состав семьи (при наличии):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество в том числе заявителя | Дата рождения | Родство (свойство) | Адрес по месту регистрации | Адрес фактического проживания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись заявителя

**Специалист принявший заявление**

Фамилия И.О., должность учреждение, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заявление зарегистрировано** «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. N \_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Приложение 5 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

УТВЕРЖДЕНА

Руководителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование должности и учреждения

Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВЕДОМОСТЬ**

на выдачу муниципальной социальной помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Фамилия, имя, отчество | Адрес по месту регистрации | Паспортные данные заявителя (родителя, законного представителя)  (номер и серия) | Количество ед. | Цена за ед. | Всего сумма | Дата выдачи | Подпись получателя |
| 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Выдачу произвел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Исполнитель *(должность, ФИО)*

Контактные данные *(номер телефона)*

**Дата закрытия ведомости «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

|  |
| --- |
| **Приложение 6 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

УТВЕРЖДЕН

Руководителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование должности и учреждения

Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СПИСОК**

**«серебрянных» волонтеров на выдачу памятных подарков ко Дню волонтера**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество гражданина | Дата рождения | Адрес по месту регистрации | Основание для включения в список |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Составлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Исполнитель *(должность, ФИО)*

Контактные данные *(номер телефона)*

**Дата составления «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

|  |
| --- |
| **Приложение 7 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

**АКТ**

списания материальных ценностей

(муниципальной социальной помощи)

Мы, нижеподписавшиеся:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |

составили настоящий акт в том, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(описание мероприятия (события), в результате которого списываются материальные ценности)*

по результатам проведения которого списываются следующие материальные ценности:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование |  |
| Количество |  |
| Цена за единицу |  |
| Всего на сумму |  |

Материальные ценности были выданы гражданам, согласно прилагаемого списка.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Фамилия, имя, отчество | Место жительства (пребывания) | Категория | Наименование товара | Количество | Цена за единицу | Всего на сумму |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Подпись |  |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Подпись |  |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Подпись |  |

|  |
| --- |
| **Приложение 8 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

Начальнику Управления СЗН (учреждения)

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

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| (дата рождения (СНИЛС гражданина) гражданина) |  |
| (реквизиты документа, удостоверяющего личность) |  |
| (гражданство, сведения о месте проживания  (пребывания) на территории Верхнеуфалейского  городского округа) |  |
| (контактный телефон, e-mail (при наличии)) |  |
| фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя |  |
| реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства |  |

Заявление

о выдаче абонемента для посещения физкультурно-оздоровительного комплекса

Верхнеуфалейского городского округа

Прошу выдать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать наименование ФОК).

Являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать категорию)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании договора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись заявителя

**Специалист принявший заявление**

Фамилия И.О., должность учреждение, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заявление зарегистрировано** «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. N \_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Приложение 9 к** Положению  о порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи отдельным категориям граждан старшего поколения Верхнеуфалейского городского округа, предусмотренных муниципальной программой Верхнеуфалейского городского округа «Старшее поколение на 2020-2024 годы», утвержденной Постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 07 февраля 2020 года № 86, утвержденному постановлением Администрации Верхнеуфалейского городского округа от 28.02.2023 года № 77 |

**ФОРМА**

УТВЕРЖДЕН

Руководителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование должности и учреждения

Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СПИСОК**

**юбиляров-долгожителей**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество гражданина | Дата рождения | Адрес по месту регистрации | Адрес по месту фактического пребывания | Категория  (при наличии) | Контактный телефон |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Составлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Исполнитель *(должность, ФИО)*

Контактные данные *(номер телефона)*

**Дата составления «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**