Приложение № 2

к административному регламенту

Комитет по социальной политике администрации городского округа

«Город Калининград»

Примерная форма заявления

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата распоряжения комитета по социальной политике администрации городского округа «Город Калининграда» о предоставлении ежемесячной компенсационной выплаты на оплату коммунальных услуг ветеранам становления Калининградской области, проживающим на территории городского округа «Город Калининград»

|  |  |
| --- | --- |
|  Я, | , |
|  | *(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя (представителя))* |  |
| имеющий(ая) паспорт серии  | \_\_\_\_\_\_\_\_ | № | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | код подразделения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | , |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *(иной документ, удостоверяющий личность)* |  |
| выдан « |  | » |  | г. |  | , |
|  *(когда и кем выдан)* |
| проживающий(ая) по адресу |  |
|  | *(полностью адрес регистрации по месту жительства или по месту пребывания)* |
| адрес электронной почты *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | , контактный телефон  |  | , |
| действующий(ая) по доверенности от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|

|  |
| --- |
|  *(указываются реквизиты доверенности при обращении представителя)* |

 |
| по иным основаниям |  |  |
|  | *(наименование и реквизиты документа)* |  |
| от имени |  | , |
|  | *(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)* |  |
| проживающего(ей) по адресу |   |
|  | *(полностью адрес регистрации по месту жительства)* |

прошу выдать дубликат распоряжения комитета по социальной политике администрации городского округа «Город Калининград» о предоставлении ежемесячной компенсационной выплаты на оплату коммунальных услуг ветеранам становления Калининградской области, проживающим на территории городского округа «Город Калининград»:

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

*(указать № и дату распоряжения Комитета о предоставлении ежемесячной компенсационной выплаты на оплату коммунальных услуг ветеранам становления Калининградской области, проживающим на территории городского округа «Город Калининград», дубликат которого испрашивается)*

Сведения, указанные в заявлении, достоверны. Документы (копии документов), приложенные к заявлению, соответствуют требованиям, установленным законодательством Российской Федерации, на момент подачи заявления эти документы действительны и содержат достоверные сведения.

Расписку в приеме документов получил(а).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. «\_\_\_\_» ч. «\_\_\_\_\_» мин.

Решение прошу:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | выдать на бумажном носителе в МФЦ |  |
|  |  |  |
|  | выдать на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа в МФЦ\* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| направить в форме электронного документа в личный кабинет на Едином/Региональном портале\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  *(подпись)* | *(фамилия, инициалы)* |

\*Данный способ получения результата заявитель сможет использовать при наличии у МФЦ технической возможности и соответствующих полномочий на осуществление указанных действий, закрепленных в соглашении о взаимодействии.

\*\*Данный способ получения результата заявитель сможет использовать после реализации Правительством Калининградской области и Администрацией мероприятий, обеспечивающих возможность предоставления муниципальной услуги в электронной форме и направление результата предоставления муниципальной услуги в личный кабинет заявителя на Едином либо Региональном портале.

Вход. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_