Приложение № 3

к административному регламенту

Комитет по социальной политике администрации городского округа

«Город Калининград»

Примерная форма заявления

ЗАЯВЛЕНИЕ

об исправлении опечаток и (или) ошибок, допущенных при оформлении 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 исправить следующие опечатки/ошибки, допущенные при оформлении 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»:

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

*(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», в котором допущены опечатки/ошибки)*

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 виде распечатанного экземпляра электронного документа в МФЦ\* |  | | |
|  |  |  | | |
|  | выдать на бумажном носителе 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_