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

*(наименование территориального органа социальной защиты населения города Москвы)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ**

**«Назначение региональной социальной доплаты к пенсии неработающим пенсионерам»**

**Сведения о заявителе**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*фамилия, имя отчество (при наличии)*

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации в городе Москве

* по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата регистрации по месту жительства по указанному адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* по месту пребывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства в РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(заполняется в случае отсутствия регистрации по месту жительства в городе Москве)*

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Серия |  | Дата выдачи |  |
| Номер |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  |
| Код подразделения |  | Гражданство |  |
| Место рождения |  |

Информация о ранних адресах и периодах регистрации по месту жительства в городе Москве (при наличии) *(заполняется в случае, если заявитель зарегистрирован по месту жительства в городе Москве по адресу, указанному в заявлении , менее 10 лет)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о ребенке до 18 лет – получателе пенсии в городе Москве**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *фамилия, имя, отчество (при наличии)*

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации ребенка в городе Москве

* по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата регистрации по месту жительства по указанному адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

регистрация с рождения □ да □ нет

* по месту пребывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства в РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*заполняется в случае отсутствия регистрации по месту жительства в городе Москве)*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность ребенка *(свидетельство о рождении или паспорт)*  |  |
| Серия |  | Дата выдачи |  |
| Номер |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  |
| Код подразделения |  | Гражданство |  |
| Место рождения |  |

Информация о ранних адресах и периодах регистрации по месту жительства в городе Москве (при наличии) *(заполняется в случае, если ребенок зарегистрирован по месту жительства в городе Москве по адресу, указанному в заявлении , не с рождения и менее 10 лет)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информация о ранних адресах и периодах регистрации по месту жительства в городе Москве одного из родителей (при наличии) *(*заполняется в случае, *если ребенок зарегистрирован по месту жительства в городе Москве по адресу, указанному в заявлении , не с рождения и менее 10 лет, и если продолжительность регистрации по месту жительства в городе Москве его законного представителя (заявителя) составляет менее 10 в общей сложности)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о представителе заявителя**

*(законный представитель (опекун или попечитель) несовершеннолетнего или недееспособного лица, организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, доверенное лицо законного представителя)*

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

*фамилия, имя, отчество (при наличии), наименование организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, фамилия, имя, отчество (при наличии) доверенного лица*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Серия |  | Дата выдачи |  |
| Номер |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  |
| Код подразделения |  | Гражданство |  |
| Место рождения |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочияпредставителя  |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Срок действия полномочий |  |

Данные, удостоверяющие личность законного представителя заявителя (опекуна или попечителя), доверенного лица законного представителя заявителя сверены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*ФИО и подпись должностного лица (работника), ответственного за прием документов*

**Сведения о пенсии**

Укажите вид пенсии (пенсий), выплачиваемой (выплачиваемых) в городе Москве, и орган (ведомство), которым она (они) выплачиваются:

□ по старости/за выслугу лет/пожизненного содержания

*Кем выплачивается*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ по инвалидности

*Кем выплачивается*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ по случаю потери кормильца

*Кем выплачивается*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ накопительная пенсия

*Кем выплачивается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование Негосударственного пенсионного фонда/Управляющей компании)*

**Сведения о завершении трудовой и (или) иной деятельности**

*(подлежит обязательному заполнению для пенсионеров старше 18 лет)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Укажите последнее место работы (службы) и (или) иной страховой деятельности**  | **Укажите дату прекращения** |
| □ Трудовая деятельность (трудовая книжка, трудовой договор) |  |
| □ Военная служба, а также другая, приравненная к ней служба  |  |
| □ Работа по договору гражданско-правового характера, предметом которого являются выполнение работ или оказание услуг, по договору авторского заказа |  |
| □ Получение выплат и иных вознаграждений по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства |  |
| □ Деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, арбитражного управляющего, нотариуса, занимающегося частной практикой, главы (члена) крестьянско-фермерского хозяйства, и т.п. |  |
| □ Деятельность в качестве лица, применяющего специальный налоговый режим «Налог на профессиональный доход» (самозанятый): | □ уплата страховых вносов на обязательное пенсионное страхование не производилась | **Х** |
| □ уплата страховых вносов на обязательное пенсионное страхование прекращена |  |
| □ Обучение в образовательной организации по очной форме обучения *(для заявителей в возрасте от 18 до 23 лет)* | □ обучаюсь в настоящее время в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(указать наименование учебного заведения)* | **Х** |
| □ прекратил обучение |  |

□ Никогда не работал

**Дополнительные сведения, необходимые для предоставления услуги**

Информация об умершем кормильце ребенка, не достигшего возраста 18 лет

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) дата рождения)*

Информация о получении мер социальной поддержки (в т.ч. социальных выплат) в другом субъекте Российской Федерации

□ Да, получаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *субъект Российской Федерации, в котором предоставляются меры социальной поддержки*

□ Нет, не получаю

Информация о перемене фамилии и (или) имени и (или) отчества

*(подлежит заполнению в случае несовпадения фамилии и (или) имени и (или) отчества с данными, указанными в других документах)*

□ заявителя

Фамилия и (или) имя и (или) отчество до перемены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдано свидетельство о перемене\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ребенка

Фамилия и (или) имя и (или) отчество до перемены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдано свидетельство о перемене\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Способ получения денежных средств**

 *(указать один из способов выплаты)*

□ почтовое отделение

□ расчетный счет

*Социальные выплаты зачисляются на банковский счет с привязкой к нему карты национальной платежной системы «МИР» либо на банковский счет, не предусматривающий осуществление операций с использованием платежных карт (Федеральный закон «О национальной платежной системе», статья 30.5)*

*Социальные выплаты, назначенные лицу, находящемуся под опекой или попечительством, подлежат зачислению только на номинальный счет (Гражданский кодекс Российской Федерации, статья 37, пункт 1).*

|  |  |
| --- | --- |
| Номер/наименование отделения кредитной организации |  |
| БИК банка-получателя |  |
| Корреспондентский счет банка-получателя |  |
| ИНН банка-получателя |  |
| КПП банка-получателя |  |
| Счет получателя |  |
| Номер карты получателя (только для карточного счета) |  |
| Номер договора с кредитной организацией (при наличии) |  |

Документы (сведения), необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаются.

Уведомление об отказе в приеме документов (информации, сведений), необходимых для предоставления государственной услуги, прошу:

вручить лично, представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде) *(нужное подчеркнуть).*

Уведомление о приостановлении предоставления государственной услуги прошу:

представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде).

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги прошу:

вручить лично, представить с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы в форме электронного документа (только при обращении за государственной услугой в электронном виде) *(нужное подчеркнуть).*

Прошу информировать меня о поступлении любых сведений в подсистему «личный кабинет» Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, а также о возобновлении предоставления государственной услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается форма и способ информирования, в том числе адрес электронной почты, номер телефона для смс-информирования, номер телефона для информирования по телефону) (указывается при желании получения соответствующих сведений).*

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(представителя заявителя) (расшифровка подписи)*

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование органа исполнительной власти города Москвы, органа местного самоуправления, подведомственной органу исполнительной власти города Москвы или органу местного самоуправления организации, которым адресован документ, многофункционального центра предоставления государственных услуг, в случае если государственная услуга предоставляется в многофункциональном центре предоставления государственных услуг)*

следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных (в случае, если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности, а также на проведение органами социальной защиты населения проверки сведений, указанных в заявлении и в представленных мною документах.

Подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении государственной услуги, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (почтовый адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты).

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(представителя заявителя) (расшифровка подписи)*

Обязуюсь сообщить в Отдел социальной защиты населения района города Москвы, предоставляющее мне государственную услугу, в срок не позднее 10 календарных дней со дня наступления следующих обстоятельств, влияющих на право получения государственной услуги и (или) ее размер:

- поступление на работу (заключение трудового договора);

- заключение договора гражданско-правового характера, предметом которого является выполнение работ или оказание услуг, договора авторского заказа, договора об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательского лицензионного договора, лицензионного договора о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

- регистрация в качестве индивидуального предпринимателя, получение лицензии или иного документа на осуществление профессиональной деятельности в качестве адвоката, арбитражного управляющего, нотариуса, занимающегося частной практикой, адвоката;

- о добровольном вступлении в правоотношения по обязательному пенсионному страхованию (в том числе о постановке на учет в качестве лица, применяющего специальный налоговый режим «Налог на профессиональный доход» и уплаты взносов на обязательное пенсионное страхование);

- поступление на полное государственное обеспечение в образовательной организации или помещение в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- изменение места жительства в пределах города Москвы;

- снятие с регистрационного учета в городе Москве по месту жительства;

- выезд на постоянное проживание за пределы территории Российской Федерации;

- прекращение выплаты пенсии в городе Москве.

Отдел социальной защиты населения района города Москвы при наличии необходимой информации пересматривает право на предоставление государственной услуги и (или) пересчитывает ее размер. Если в результате несвоевременного сообщения в Отдел социальной защиты населения района города Москвы о наступлении обстоятельств, влекущих за собой утрату права на получение государственной услуги и (или) изменение ее размера, образуется переплата, излишне выплаченные суммы обязуюсь в добровольном порядке возместить в бюджет города Москвы.

Мне разъяснено, что общий срок оказания государственной услуги «Назначение региональной социальной доплаты к пенсии неработающим пенсионерам» при наличии всех необходимых документов (сведений) – 10 рабочих дней с момента регистрации заявления в Отделе социальной защиты населения города Москвы.

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись заявителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(представителя заявителя) (расшифровка подписи)*

Запрос гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО заявителя*

принят \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО и подпись должностного лица (работника), ответственного за прием документов*)

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_