|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3  к административному регламенту  предоставления государственной  услуги «Предоставление за счет  средств федерального бюджета  единовременной денежной выплаты  на приобретение или строительство  жилого помещения ветеранам  Великой Отечественной войны,  членам семей погибших (умерших)  инвалидов и участников Великой  Отечественной войны  и единовременной денежной  выплаты на приобретение жилого  помещения в собственность  бывшим несовершеннолетним  узникам фашизма» |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Министру труда  и социального развития  Краснодарского края  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) |

от гражданина(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении единовременной денежной выплаты**

**на приобретение жилого помещения в собственность**

Прошу предоставить мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(страна, республика, край, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

область, город, район, населенный пункт)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа)

номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по месту жительства по адресу:

(при наличии)

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

(полный адрес регистрации по месту жительства)

единовременную денежную выплату на приобретение жилого помещения в собственность в целях реализации мер социальной поддержки по обеспечению жильем граждан отдельных категорий, предусмотренных Федеральным законом от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» и пунктом 8 статьи 154 Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Я даю согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числена получение министерством труда и социального развития Краснодарского края, а также управлением социальной защиты населения министерства труда и социального развития Краснодарского края в муниципальном образовании (далее – управление социальной защиты населения) любых данных, необходимых для проверки представленных мною сведений и восполнения отсутствующей информации от соответствующих федеральных, краевых органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций всех форм собственности.

С условиями предоставления единовременной денежной выплаты на приобретение жилого помещения в собственность ознакомлен(а) и обязуюсь их выполнять.

Согласен(на) на снятие меня с учета в качестве нуждающегося в жилом помещении после приобретения жилого помещения либо доли в праве общей долевой собственности на жилое помещение с использованием средств единовременной денежной выплаты на приобретение жилого помещения в собственность.

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

(Ф.И.О. заявителя) (подпись) (дата)

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

(дата и время подачи заявления\*)

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

\* Заполняется должностным лицом управления социальной защиты населения.