|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | ЛОГКУ «Центр социальной защиты населения» | | | | | | | |
| от |  | | | | | | |
|  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)* | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *(дата рождения гражданина)* | | | | | | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность/свидетельства о рождении для граждан РФ в возрасте до 14 лет: | | | | | | | |
| серия  и номер | | |  | | | | |
| дата выдачи | | |  | | | | |
| кем выдан | |  | | | | | |
| код подразделения | | | | |  | | |
| гражданство | | |  | | | | |
| Реквизиты документа, подтверждающего сведения о месте регистрации и(или) фактическом проживании заявителя  в Ленинградской области: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|
| Адрес регистрации (сведения о фактическом проживании) заявителя в Ленинградской области: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| От | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя,* | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя заявителя)* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Заявление  о предоставлении государственной услуги по определению права на дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Прошу предоставить мне/несовершеннолетнему гражданину (ребенку)/доверителю | | | | | | | | | | |
| *(нужное отметить)* | | | | | | | | | | |
| дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан как   |  |  | | --- | --- | |  | ребенку-инвалиду, имеющему ограничение способности  к передвижению и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации, перечень которых предусмотрен [пунктами 6](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=441746&dst=100024)  и [7](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=441746&dst=4) утвержденной приказом Минтруда России от 13 февраля 2018 года № 86н классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации  от 30 декабря 2005 года № 2347-р (далее - классификация) | |  | ребенку-инвалиду в возрасте до 7 лет | |  | ребенку-инвалиду по зрению | |  | ребенку-инвалиду, страдающему злокачественными новообразованиями, в том числе злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей | |  | ребенку, перенесшему пересадку костного мозга | |  | ребенку-инвалиду с 3 или 2 степенью ограничения способности контролировать свое поведение | |  | инвалиду, имеющему I группу инвалидности | |  | инвалиду Великой Отечественной войны | |  | участнику Великой Отечественной войны | |  | ветерану боевых действий, имеющему I или II группу инвалидности  и относящемуся к лицам, указанным в [подпункте 1 пункта 1 статьи 3](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=451873&dst=325) Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах», выполнявшим задачи в ходе специальной военной операции  на территориях Украины, Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики с 24 февраля 2022 года, на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 года | |  | ветерану боевых действий, имеющему I или II группу инвалидности  и относящемуся к лицам, указанным в [подпунктах 1.1](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=451873&dst=100527), [2.2](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=451873&dst=100529), [9 пункта 1 статьи 3](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=451873&dst=341) Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ  «О ветеранах» | |  | инвалиду/ребенку-инвалиду, страдающему хронической почечной недостаточностью и нуждающемуся по медицинским показаниям  в проведении заместительной почечной терапии | |  | инвалиду, имеющему ограничения способности к передвижению  и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации, перечень которых предусмотрен [пунктами 6](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=441746&dst=100024) и [7](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=441746&dst=4) классификации | |  | инвалиду по зрению | |  | инвалиду I или II группы, имеющему 3 степень ограничения способности к трудовой деятельности, признанному инвалидом до 1 января 2010 года без указания срока переосвидетельствования | |  | гражданину, страдающему злокачественными новообразованиями III или IV стадии и нуждающемуся по медицинским показаниям  в проведении химиотерапевтических или радиотерапевтических методов лечения или в оперативном вмешательстве | |  | гражданину старше 80 лет | |  | бывшему несовершеннолетнему узнику концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в периоды Второй мировой войны, имеющему II группу инвалидности | |  | гражданину, награжденному знаком «Жителю блокадного Ленинграда» | |  | ребенку гражданина, погибшего (умершего) вследствие выполнения задач в ходе специальной военной операции |   Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю. | | | | | | | | | | |
|  | ( |  | | | | | ) | | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О.)* | | | | |  | | *дата заполнения заявления* |

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документа | | Количество документов |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Обязуюсь в письменной форме уведомить ЛОГКУ «Центр социальной защиты населения» о наступлении обстоятельств, влияющих  на предоставление услуги (перемена места жительства и др.) | | |
| (подпись) |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | выдать на руки в филиале ЦСЗН | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | направить на адрес электронной почты (указать адрес):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | направить по почте (указать адрес):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сотрудником | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | *(наименование филиала ЦСЗН)* | | | | | | | | | | | | | |
| удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(подпись, расшифровка подписи)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_ шт. приняты от:  заявителя (представителя заявителя) *(нужное подчеркнуть)*  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года и зарегистрированы в журнале регистрации под № \_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Специалист ЦСЗН | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | | *(подпись)* | | |  | | *(фамилия, инициалы)* | | | |  | |
| Расписка-уведомление о приеме заявления и документов для предоставления государственной услуги | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заявление гр. | |  | | | | | | | | | | | | | |
| и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял и зарегистрировал «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Специалист ЦСЗН | | | |  | | |  | | | | | телефон |  | | |
|  | | | | *(подпись)* | | | *(фамилия, инициалы)»* | | | | |  | | | |