АДМИНИСТРАЦИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

28.06.2023 № 04-38

Санкт-Петербург

О внесении изменения в приказ комитета по социальной защите населения Ленинградской области от 31 января 2020 года № 5 «Об утверждении административных регламентов предоставления на территории Ленинградской области государственных услуг в сфере социальной защиты населения»

В соответствии с абзацем седьмым пункта 3.29 Положения о комитете по социальной защите населения Ленинградской области, утвержденного постановлением Правительства Ленинградской области от 25 декабря 2007 года № 337, п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приложение 28 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по внесению изменений в сведения, влияющие на предоставление государственных услуг), утвержденный приказом комитета по социальной защите населения Ленинградской области от 31 января 2020 года № 5 «Об утверждении административных регламентов предоставления на территории Ленинградской области государственных услуг в сфере социальной защиты населения», изменение, изложив Приложение 1 (Заявление о предоставлении государственной услуги в связи с изменившимися обстоятельствами (о внесении изменений в сведения, влияющие на предоставление государственной услуги)) в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты его официального опубликования.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя

председателя комитета по социальной защите населения Ленинградской области П.В. Иванова.

Председатель комитета
по социальной защите населения
Ленинградской области



А.Е. Толмачева

Приложение
к приказу комитета
по социальной защите населения
Ленинградской области
от 28.06.2023 № 04-38

«Приложение 1
к административному регламенту предоставления
на территории Ленинградской области
государственной услуги по внесению изменений
в сведения, влияющие на предоставление государственных услуг

Форма

В _____

(наименование органа, предоставляющего государственную услугу)

от заявителя _____

(фамилия, имя, отчество заполняется заявителем)

_____

от представителя заявителя _____

_____

(фамилия, имя, отчество заполняется представителем заявителя от имени заявителя)

_____

(указать фамилию, имя, отчество заявителя)

Адрес места жительства заявителя _____

_____

(почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Адрес места пребывания заявителя _____

_____

(почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

_____

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) - при наличии

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги в связи с изменившимися обстоятельствами
(о внесении изменений в сведения, влияющие на предоставление государственной услуги)

Прошу предоставлять получаемую(ые) мною государственную(ые) услугу(и) с учетом следующих обстоятельств, влияющих на ее (их) предоставление (поставить отметку «V»):

1) изменение способа выплаты:	
	на почтовое отделение, расположенное в Ленинградской области, которое обслуживает население по моему месту жительства (пребывания) (указать адрес или номер почтового отделения) _____
	на новый номер счета (реквизиты кредитной организации и открытого в ней счета прилагаются) ранее была строка для написания номера счета ☐ просим поставить отметку «V», если номер счета относится к национальной платежной карте «Мир»
2) изменение персональных данных получателя государственной услуги (поставить отметку «V» и указать прежние персональные данные до изменения):	
	фамилии (до изменения: _____)
	имени (до изменения: _____)
	отчества (до изменения: _____)
	даты рождения (до изменения: _____)
	места жительства (до изменения: _____)
	места фактического проживания в Ленинградской области (изменить на: _____ _____) в целях получения дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан (до изменения: _____ _____) ранее не было скобок
	данные документа, удостоверяющего личность (при получении, замене)
3) иные обстоятельства:	
	изменение категории получения дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан (изменить на: _____ _____) ранее не было строки
	установление инвалидности ранее не было строки
	изменение группы инвалидности
	изменение причины инвалидности (не изменяющей основание для предоставления

	государственной услуги)
	изменение состава семьи
	предоставление доходов
	изменение места получения процедуры гемодиализа
	смерть ребенка
	смерть получателя мер социальной поддержки
	обучение в образовательной организации
	нахождение на полном государственном обеспечении
	прекращение договора найма (поднайма) жилого помещения
	снятие гражданина с учета в качестве нуждающегося в жилом помещении, предоставляемом по договорам социального найма
	необходимость исправления допущенных опечаток и(или) ошибок с изложением сути допущенных опечатки и(или) ошибки
4) возобновление выплаты ежемесячной денежной компенсации части расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг:	
	погашение задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, но не более чем за 12 месяцев
	поступление сведений об открытии нового счета в кредитной организации (в случае закрытия счета, на который ранее осуществлялось перечисление денежной компенсации), но не более чем за три месяца
5) предоставление недостающих документов, необходимых для предоставления государственных услуг _____ (указать наименование государственной услуги)	
6) приостановление государственной услуги _____ (указать наименование государственной услуги)	

Инвалидность установлена (заполняется для заявителей, получающих государственные услуги как лица, имеющие инвалидность, либо с учетом лиц, имеющих инвалидность) (заполнить сведения):

Сведения в отношении заявителя:	
причина инвалидности	
группа инвалидности	
дата установления инвалидности	
инвалидность установлена на срок до	
наименование органа, установившего инвалидность	

Сведения в отношении члена(ов) семьи, учитываемые при предоставлении государственной услуги:	
ФИО члена семьи	
причина инвалидности	
группа инвалидности	
дата установления инвалидности	
инвалидность установлена на срок до	
наименование органа, установившего инвалидность	
ФИО члена семьи	
причина инвалидности	
группа инвалидности	
дата установления инвалидности	
инвалидность установлена на срок до	
наименование органа, установившего инвалидность	

К заявлению прилагаю:

№ п/п	Наименование документа	Количество документов

Согласен(а) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).

Предупрежден(а) о том, что:

при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации;

при запросе документов (сведений) ЦСЗН, необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений, а также о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе.

Результат рассмотрения заявления в случае возобновления, прекращения предоставления государственной услуги либо отказа в предоставлении государственной услуги прошу (поставить отметку "V"):

	выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <*>: Ленинградская область: _____
	направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ
	направить по электронной почте, указать электронный адрес _____

_____ _____ _____

(подпись) (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) (дата)

<*> Адрес МФЦ/ЦСЗН указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу.

Заполняется специалистом:

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении

_____ _____ _____

(подпись) (фамилия, инициалы специалиста) (дата)

Заявление зарегистрировано в ЦСЗН _____ _____ _____

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы специалиста)

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)*