

АДМИНИСТРАЦИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

28.12.2023

№ 04-79

Санкт-Петербург

**О внесении изменений 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 целях приведения нормативных правовых актов Ленинградской области в соответствие с действующим законодательством приказываю:

1. Внести 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» изменения согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты его официального опубликования, за исключением пунктов 1.2, 3.1, 4.1, 5.2, 6.5 приложения к настоящему приказу, которые вступают в силу с 1 января 2024 года.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя председателя комитета по социальной защите населения Ленинградской области.

Председатель комитета
по социальной защите населения
Ленинградской области



А.Е. Толмачева

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся 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»

1. В приложении 7 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственных услуг по назначению денежных компенсаций на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (отдельных их видов), а также назначению единовременной социальной выплаты на частичное возмещение расходов по газификации жилого дома (части жилого дома)):

1.1. в пункте 2.6:

в подпункте 1:

дополнить новым тринадцатым абзацем следующего содержания:

«документов, подтверждающих родство с заявителем (реквизитов записи акта о заключении брака, о рождении детей - номера записи, даты записи, наименования органа, которым осуществлена государственная регистрация акта гражданского состояния).»;

абзацы тринадцатый – пятнадцатый считать абзацами четырнадцатым – шестнадцатым;

подпункты 4.2 и 4.3 подпункта 4 изложить в следующей редакции:

«4.2) документ об отсутствии центрального отопления и(или) газоснабжения в занимаемом жилом помещении, в текущем году:

документ технической инвентаризации и технического учета жилого помещения (технический паспорт, технический план помещения);

справка, выданная в зависимости от способа управления следующими организациями: управляющей организацией, товариществом собственников жилья, жилищным, жилищно-строительным кооперативом или иным специализированным потребительским кооперативом, специализированной организацией, ресурсоснабжающей организацией, осуществляющей на основании договоров соответствующие виды деятельности;

4.3) документ об отоплении жилого помещения емкостным сжиженным газом (при отоплении жилого помещения емкостным сжиженным газом);»;

1.2. в первом абзаце подпункта 5 пункта 2.7 слова «Единой государственной информационной системе социального обеспечения» заменить словами «Единой централизованной цифровой платформе в социальной сфере»;

1.3. приложение 1 (форма заявления) изложить в следующей редакции:

на территории Ленинградской области
государственных услуг по назначению денежных
компенсаций на оплату жилого помещения и коммунальных
услуг (отдельных их видов), а также назначению
единовременной социальной выплаты на частичное возмещение
расходов по газификации жилого дома (части жилого дома)

Форма

В _____
(наименование ЦСЗН)

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/пребывания заявителя в Ленинградской области

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

Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область

(заполняется в случае переезда)

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

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – при наличии

телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении государственных (ой) услуг(и)

Прошу назначить по адресу жилого помещения (жилого дома) (указать адрес): _____
_____ социальную выплату (поставить отметку(и) «V», внести сведения):

1.	Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как:					
		ветерану труда				
		ветерану военной службы				
	реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий)					
1.1.	в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи (иждивенцев, пенсионеров по старости):					
	№/ п	Фамилия, имя, отчество	Степень родства (свойства)	Дата рождения (число,	Адрес проживания	Реквизиты подтверждающи х документов ¹

¹ Для детей до 14 лет – реквизиты свидетельства о рождении (номер и дата актовой записи,

					месяц, год)		
		1					
		2					
2.	Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг как:						
	руководителю, заместителю руководителя организации (учреждения) (государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области						
	специалисту (специалистам в области ветеринарии государственной ветеринарной службы; медицинским и фармацевтическим работникам медицинских и фармацевтических организаций государственной системы здравоохранения Ленинградской области; фармацевтическим работникам фармацевтических организаций муниципальной системы здравоохранения Ленинградской области; социальным работникам государственных организаций социального обслуживания, находящихся в ведении Ленинградской области; специалистам учреждений культуры, подведомственных органу исполнительной власти Ленинградской области в сфере культуры, уполномоченному Правительством Ленинградской области, и муниципальных учреждений культуры Ленинградской области)						
	пенсионеру либо лицу, достигшему возраста 55 лет (для женщин) и возраста 60 лет (для мужчин), проработавшему не менее 10 лет в сельских населенных пунктах и(или) поселках городского типа Ленинградской области в организациях и учреждениях государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры и проживающему в сельском населенном пункте и(или) поселке городского типа Ленинградской области						
2.1.	в том числе с учетом совместно проживающих нетрудоспособных членов семьи, находящихся на иждивении (супруг(а), дети в возрасте до 18 лет, совершеннолетние дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения, иждивенцы, признанные по решению суда):						
	№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Степень родства (свойства)	Дата рождения (число, месяц, год)	Адрес проживания	Реквизиты подтверждающих документов ¹	
	1						
	2						
3.	Ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения, отопления и освещения как:						
	руководителю, заместителю руководителя, руководителю структурного подразделения, заместителю руководителя структурного подразделения государственной образовательной организации Ленинградской области (муниципальной образовательной организации в Ленинградской области), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области						
	педагогическому работнику государственной образовательной организации Ленинградской области (муниципальной образовательной организации в						

наименование органа выдавшего документ)

Для детей после 14 и взрослых – реквизиты паспорта (серия и номер, дата выдачи, код подразделения)

	Ленинградской области), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области					
	пенсионеру либо лицу, достигшему возраста 55 лет (для женщин) и возраста 60 лет (для мужчин), проработавшему не менее 10 лет в сельских населенных пунктах и(или) поселках городского типа Ленинградской области в государственных образовательных организациях Ленинградской области (муниципальных образовательных организациях в Ленинградской области) и проживающему в сельском населенном пункте и(или) поселке городского типа Ленинградской области					
3.1.	в том числе с учетом совместно проживающих нетрудоспособных членов семьи, находящихся на иждивении (супруг(а), дети в возрасте до 18 лет, совершеннолетние дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения, иждивенцы, признанные по решению суда):					
	№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Степень родства (свойства)	Дата рождения (число, месяц, год)	Адрес проживания	Реквизиты подтверждающих документов ¹
	1					
	2					
4.	Денежную компенсацию расходов на приобретение и доставку топлива и оплаты баллонного газа как:					
	реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий)					
	инвалиду войны					
	участнику Великой Отечественной войны					
	участнику Великой Отечественной войны с инвалидностью					
	жителю блокадного Ленинграда, имеющему инвалидность					
	члену семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны, ветерана боевых действий					
	члену семьи военнослужащего, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов безопасности, погибшего при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей)					
	бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма					
	бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма с инвалидностью					
	гражданину, подвергнутому воздействию радиации					
	семье, имеющей ребенка-инвалида					
	инвалиду общего заболевания (профессионального заболевания, трудового увечья)					
4.1.	Сведения о гражданах, зарегистрированных по месту жительства (пребывания) с заявителем по адресу объекта, в отношении которого подается заявление о предоставлении компенсации расходов на приобретение и доставку топлива и оплаты баллонного газа:					
	№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения (число, месяц, год)	СНИЛС	Степень родства	Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан, код
						Документ, подтверждающий родство с заявителем (реквизиты записи акта о заключении брака, о

							подраздел ения)	рождении детей - номер записи, дата записи, наименование органа, которым осуществлена государственная регистрация акта гражданского состояния)
		1				заявител ь		
		2						
		3						
		4						
		5						
4.2.	в занимаемом жилом помещении (доме) отсутствует:							
	- центральное отопление; используемый вид топлива на отопление:							
	дрова							
	уголь							
	емкостной сжиженный газ							
	- центральное газоснабжение							
5.	Единовременную социальную выплату на частичное возмещение расходов по газификации жилого дома (части жилого дома)							
6.	Ежемесячную денежную компенсацию расходов (и (или) ежемесячную денежную выплату) на уплату взноса на капитальный ремонт							
	Являюсь собственником жилого помещения							
	Являюсь неработающим, одиноко проживающим							
	Являюсь неработающим, проживающим в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста и(или) неработающих инвалидов I и(или) II группы							
	Являюсь работающим или проживающим совместно с членами семьи непенсионного возраста или работающими							
6.1.	в том числе с учетом совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста и(или) неработающих инвалидов I и(или) II группы, работающих граждан или проживающих совместно с членами семьи непенсионного возраста:							
	№ п/ п	Фамилия, имя, отчество	Степень родства (свойства)	Дата рожден ия (число, месяц, год)	Адрес прожив ания	Реквизиты подтверждающих документов ¹		
7.	Ежемесячную денежную компенсацию части расходов на оплату коммунальной услуги по обращению с твердыми коммунальными отходами:							
	являюсь собственником жилого помещения (дома) частного фонда							
	являюсь нанимателем жилого помещения (дома) государственного/муниципального							

	жилого фонда					
7.1.	в том числе с учетом совместно проживающих членов семьи:					
	№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Степень родства (свойства)	Дата рождения (число, месяц, год)	Адрес проживания	Реквизиты подтверждающих документов ¹

¹ Для детей до 14 лет – реквизиты свидетельства о рождении (номер и дата актовой записи, наименование органа, выдавшего документ)

Для детей после 14 и взрослых – реквизиты паспорта (серия и номер, дата выдачи, код подразделения)

В случае обращения заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность

Сведения о заявителе

Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения)		
Дата рождения		
Место рождения (заполняется на основании данных: паспорта/выписки из акта записи о рождении/свидетельства о рождении)		
Паспорт гражданина РФ <1>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Сведения о перемене имени, заключении и расторжении брака (при наличии)	номер и дата актовой записи	
	место выдачи документа (орган ЗАГС)	
Сведения о государственной регистрации смерти заявителя (иждивенца)	номер и дата актовой записи	
	место выдачи документа (орган ЗАГС)	

Сведения о представителе заявителя при подаче документов представителем заявителя

Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
Паспорт гражданина РФ <*>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	

Наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя (постановление опеки и попечительства, доверенность)	номер	
	дата	

<*> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа.

<1> В случае обращения заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

Инвалидность установлена (заполняется для заявителей, претендующих на получение государственной услуги как лица, имеющие 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, учитываемого(ых) 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

Просим поставить отметку (и) «V»

<input type="checkbox"/>	аналогичную меру социальной поддержки по иным основаниям и (или) иным адресам не получаю
--------------------------	--

	являюсь получателем аналогичную меру социальной поддержки по другому адресу
	даю согласие на прекращение предоставления аналогичной меры социальной поддержки по иному основанию
	аналогичную меру социальной поддержки (ЕДК на оплату жилого помещения и коммунальных услуг) по иным основаниям не получаю
	являюсь получателем ЕДК на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по иным основаниям, а именно:
	ветерану труда
	ветерану военной службы
	реабилитированному лицу (лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий)
	инвалиду общего заболевания (профессионального заболевания, трудового увечья)
	семье, имеющей ребенка-инвалида
	инвалиду войны
	участнику Великой Отечественной войны
	участнику Великой Отечественной войны с инвалидностью
	жителю блокадного Ленинграда, имеющему инвалидность
	ветерану боевых действий
	члену семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны, ветерана боевых действий
	члену семьи военнослужащего, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов безопасности, погибшего при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей)
	бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма
	бывшему несовершеннолетнему узнику фашизма с инвалидностью
	гражданину, подвергшемуся воздействию радиации (члену семьи погибшего (умершего) гражданина, подвергшегося воздействию радиации)
	руководителю, заместителю руководителя организации (учреждения) (государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области
	специалисту (государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области
	пенсионеру либо лицу, достигшему возраста 55 лет (для женщин) и возраста 60 лет (для мужчин), проработавшему не менее 10 лет в сельских населенных пунктах и(или) поселках городского типа Ленинградской области в организациях и

	учреждениях государственной ветеринарной службы, здравоохранения, социального обслуживания, культуры и проживающему в сельском населенном пункте и(или) поселке городского типа Ленинградской области
	руководителю, заместителю руководителя, руководителю структурного подразделения, заместителю руководителя структурного подразделения государственной образовательной организации Ленинградской области (муниципальной образовательной организации в Ленинградской области), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области
	педагогическому работнику государственной образовательной организации Ленинградской области (муниципальной образовательной организации в Ленинградской области), проживающему и работающему в сельском населенном пункте и поселке городского типа Ленинградской области
	пенсионеру либо лицу, достигшему возраста 55 лет (для женщин) и возраста 60 лет (для мужчин), проработавшему не менее 10 лет в сельских населенных пунктах и(или) поселках городского типа Ленинградской области в государственных образовательных организациях Ленинградской области (муниципальных образовательных организациях в Ленинградской области) и проживающему в сельском населенном пункте и(или) поселке городского типа Ленинградской области

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 ЦСЗН документов (сведений), 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;

при наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера мер(ы) социальной поддержки либо прекращения ее предоставления (например: перемена места жительства; изменение номера банковского счета, персональных данных, состава семьи), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ либо ПГУ ЛО, либо ЕПГУ, не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

(представителя заявителя) _____ (подпись заявителя)

Денежные средства прошу выплачивать на текущий счет, привязанный к банковской карте национальной платежной системы "Мир", открытый в кредитной организации

Или:

Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение:

Адрес получателя	
Номер почтового отделения	

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку «V»):

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

(подпись)

(фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя))

(дата)

<*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящегося 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) »;
».

2. В приложении 30 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по назначению социального пособия на погребение умерших граждан отдельных категорий):

2.1. в пятом абзаце подпункта б) пункта 2.6.2 слова «администрацией этой организации или руководителем (его заместителем) соответствующего учреждения социальной защиты населения» заменить словами «руководителями (их заместителями) таких организаций»;

2.2. приложение 3 изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к административному регламенту предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению социального пособия
на погребение умерших граждан отдельных категорий

Начальнику филиала УФПС АО «Почта России»

(области, района)

ПОРУЧЕНИЕ

на выплату социального пособия на погребение от _____ года.
(действительно в течение 1 месяца со дня выдачи)

(почтовое отделение _____)

В соответствии с Федеральным законом от 12.01.1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (с последующими изменениями)

Гр-н (гр-ка) _____
(фамилия, имя, отчество заявителя, № личного дела)

Паспорт _____
(серия номер)

Выдан _____
(кем, дата выдачи)

имеет право на получение социального пособия на погребение умершего лица

В сумме _____ руб. _____ коп. _____
(фамилия, имя, отчество, дата смерти умершего)
(указать прописью)

Умерший(ая) на день смерти не являлся(ась) пенсионером и не подлежал (а) обязательному социальному страхованию.

Директор филиала
ЛОГКУ «ЦСЗН» в _____
(подпись) (расшифровка подписи)
М.П. Специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

РАСПИСКА

(выдается оператором филиала УФПС АО «Почта России»)

Пособие в сумме _____
(сумма прописью)

Получено _____
(фамилия, имя, отчество получателя)

« _____ » 20 _____ года _____
(подпись получателя) (расшифровка подписи)

Сведения по паспорту сверены _____
(подпись оператора) (расшифровка подписи)

».

3. В приложении 48 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по определению права на льготный проезд членам семей участников специальной военной операции):

3.1. в первом абзаце подпункта 5 пункта 2.7 слова «Единой государственной информационной системе социального обеспечения» заменить словами «Единой централизованной цифровой платформе в социальной сфере»;

3.2. приложение 1 (форма заявления) изложить в следующей редакции:

«Приложение 1
к административному регламенту
предоставления на территории
Ленинградской области государственной
услуги по определению права на льготный
проезд членам семей участников
специальной военной операции

В _____
(наименование филиала ЦСЭН)

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)

Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую область

(заполняется в случае переезда)

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

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – при наличии

телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении государственных (ой) услуг(и)

Прошу (поставить отметку «V»):

	1) Определить право на льготный проезд и выдать бесконтактную электронную пластиковую карту (далее - БЭПК) для проезда на	
	<input type="checkbox"/>	автомобильном транспорте на смежных межрегиональных, межмуниципальных и муниципальных маршрутах регулярных перевозок по единым социальным проездным билетам
	<input type="checkbox"/>	железнодорожном транспорте пригородного сообщения
	и:	
	<input type="checkbox"/>	выдать БЭПК с фотографией
	<input type="checkbox"/>	Записать ресурс на имеющуюся БЭПК
2) Заменить:		
	<input type="checkbox"/>	БЭПК
	<input type="checkbox"/>	утрата _____ (указать причину утраты)
	<input type="checkbox"/>	порча _____ (указать причину порчи)
	<input type="checkbox"/>	изменения, содержащиеся в БЭПК
	<input type="checkbox"/>	фамилия
	<input type="checkbox"/>	имя
<input type="checkbox"/>	отчество	
<input type="checkbox"/>	социальная категория	

Являюсь (поставить отметку «V»):

	супругой (супругом) участника специальной военной операции, состоящей (состоящим) в зарегистрированном браке с ним (ней) на дату подачи заявления, для получения, в том числе, права льготного проезда для детей
	родителем (опекуном, попечителем) ребенка, пасынка (падчерицы) участника специальной военной операции в возрасте до 18 лет, в целях определения ему права льготного проезда
	ребенком, пасынком (падчерицей) участника специальной военной операции в возрасте от 18 до 23 лет, обучающихся в образовательной организации по очной форме обучения, - до окончания ими такого обучения либо достижения 23-летнего возраста
	родителем участника специальной военной операции
	опекуном (попечителем) участника специальной военной операции, осуществлявшим опеку (попечительство) до достижения участником специальной военной операции совершеннолетия

Сведения о заявителе

Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения)		
Дата рождения		
Паспорт РФ <1>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Сведения о перемене имени (в том числе по причине заключения и расторжении брака) (при наличии)	номер и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	

Сведения о представителе заявителя при подаче документов представителем заявителя

Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
Паспорт РФ <2>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	

В случае замены БЭПК последующие сведения не заполняются.

Сведения о ребёнке, на которого запрашивается право проезда		
Фамилия, имя, отчество		
Дата рождения		
СНИЛС		
Реквизиты актовой записи о рождении	№ и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	
Паспорт РФ <3> (ребенка, при наличии)	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Гражданство		

Место жительства	Адрес места жительства (указывается при достижении 14 летнего возраста)	
	Дата регистрации (указывается при достижении 14 летнего возраста)	
Фамилия, имя, отчество участника специальной военной операции		
Дата рождения участника специальной военной операции		
СНИЛС участника специальной военной операции (при наличии)		
Паспорт гражданина РФ <4> участника специальной военной операции	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Реквизиты актовой записи о регистрации брака – для супруга, пасынка (падчерицы)	№ и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	
Сведения об изменении ФИО (указывается ФИО до изменения и основание изменений)	ФИО до изменения	
	основание для изменения	
	номер и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	

<5> Отказ от предоставления аналогичной (взаимоисключающей) меры социальной поддержки подтверждаю (поставить отметку "V" в случае выбора в пользу текущей меры социальной поддержки)

(вписать наименование МСП от которой отказывается заявитель и орган ее предоставления)

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 ЦСЗН документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности предоставления таких документов (сведений) по собственной инициативе;

при наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление меры социальной поддержки (например: изменение места жительства и выезд за пределы Ленинградской области; утрата права; изменение персональных данных), письменно известить ЦСЗН через МФЦ, не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств;

необходимо бережно хранить выданный (выданную) БЭПК, не допускать передачи (продажи) его другому лицу, утери и порчи;

при утрате БЭПК необходимо незамедлительно сообщить любым способом (лично, по телефону, факсом, по почте) в уполномоченный орган по месту жительства.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.

_____ (подпись заявителя (представителя заявителя))

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку «V»):

<input type="checkbox"/>	выдать на руки в ЦСЗН по месту подачи заявления
<input type="checkbox"/>	выдать на руки в МФЦ по месту подачи заявления
<input type="checkbox"/>	направить по электронной почте, указать электронный адрес _____

Прошу выдать оформленную БЭПК в МФЦ или ЦСЗН (подчеркнуть), расположенном по адресу <*>:
Ленинградская область

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

<*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов в МФЦ, находящемся 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)

<1> В случае обращения заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

<2> В случае обращения представителя заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

<3> В случае обращения представителя заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

<4> В случае обращения представителя заявителя, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

<5> Заполняется в случае если заявителю определено право льготного (бесплатного) проезда на автомобильном транспорте или железнодорожном транспорте пригородного сообщения по иным основаниям. ЦСЗН при подтверждении отказа направляет информацию об отказе в орган, определивший право.

».

4. В приложении 51 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по предоставлению денежной компенсации части расходов на приобретение топлива и(или) баллонного газа и транспортных услуг по их доставке участникам специальной военной операции и членам их семей, имеющим место жительства или место пребывания на территории Ленинградской области в домах, не имеющих центрального отопления и(или) газоснабжения):

4.1. в четвертом абзаце подпункта б) пункта 2.7 слова «Единой государственной информационной системе социального обеспечения» заменить словами «Единой централизованной цифровой платформе в социальной сфере»;

4.2. приложение 1 (форма заявления) изложить согласно следующей редакции:

«Приложение 1
к административному регламенту
предоставления на территории
Ленинградской области
денежной компенсации части расходов
на приобретение топлива и(или) баллонного газа
и транспортных услуг по их доставке
участникам специальной военной операции и членам их семей,
имеющим место жительства или место пребывания
на территории Ленинградской области в домах,
не имеющих центрального отопления и(или) газоснабжения

Форма

В

(наименование филиала ЦСЗН)

от заявителя

*(фамилия, имя, отчество заполняется
заявителем)*

от представителя заявителя

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

(указать фамилию, имя, отчество заявителя)

Последний адрес проживания до переезда в Ленинградскую
область

(заполняется в случае переезда)

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

телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении денежной компенсации части расходов на оплату части расходов на приобретение топлива и(или) баллонного газа и транспортных услуг по их доставке участникам специальной военной операции и членам их семей

Прошу назначить/определить право (поставить отметку(и) "V")

1.	Денежную компенсацию на оплату части расходов на приобретение топлива и(или) баллонного газа и транспортных услуг по их доставке, являясь:						
	участником специальной военной операции						
	супругом (супругой) участника специальной военной операции, состоящим(щей) на дату подачи заявления о назначении денежной компенсации с участником специальной военной операции в зарегистрированном браке;						
	родителем участника специальной военной операции						
	ребенком участника специальной военной операции в возрасте до 18 лет						
	ребенком участника специальной военной операции, достигшим возраста 18 лет и не достигшим возраста 23 лет и обучающимся по очной форме обучения						
	опекуном (попечителем) участника специальной военной операции, осуществлявшим опеку (попечительство) до достижения участником специальной военной операции совершеннолетия						
1.1.	Сведения о гражданах, зарегистрированных по месту жительства (пребывания) с заявителем по адресу объекта, в отношении которого подается заявление о предоставлении компенсации расходов на компенсацию расходов на приобретение и доставку топлива и оплаты баллонного газа:<1>:						
	N п/п	Фамилия, имя, отчество	Отсутствие родства (свойства) /наличие и степень родства (свойства)	Дата рождения (число, месяц, год)	Адрес места жительства/ места пребывания <2>	Реквизиты подтверждающих документов <3>	СНИЛС
	1						
	2						
3							
1.2	в занимаемом жилом помещении (доме) отсутствует:						
	- центральное отопление; используемый вид топлива на отопление:						
		дрова					
		уголь					
		емкостной сжиженный газ					
	- центральное газоснабжение						

<1> Заполняется в случае, если по адресу жилого помещения, в отношении которого подается заявление о назначении денежной компенсации, зарегистрированы по месту жительства или по месту пребывания проживания лица помимо заявителя.

<2> Адрес места жительства/места пребывания, в отношении которого подается заявление о назначении денежной компенсации.

<3> Для детей до 14 лет - реквизиты свидетельства о рождении (номер и дата актовой записи, наименование органа, выдавшего документ).

Для детей после 14 и взрослых - реквизиты паспорта (серия и номер, дата выдачи, код подразделения).

В случае проживания совместно с заявителем лица, являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа, удостоверяющего личность.

Сведения о заявителе

Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения)		
Дата рождения		
Место рождения (заполняется на основании данных: паспорта/выписки из акта записи о рождении/свидетельства о рождении)		
Адрес места жительства/места пребывания		
Адрес жилого помещения, в отношении которого подается заявление о назначении денежной компенсации <1>		
Паспорт гражданина РФ <2>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Реквизиты актовой записи о рождении <3>	серия, номер	
	дата выдачи	
	наименование органа, составившего запись	
Сведения о перемене имени, заключении и расторжении брака (при наличии)	номер и дата актовой записи	
	место выдачи документа	

	(орган ЗАГС)	
ИНН	номер	
СНИЛС	номер	

<1> Заполняется в случае, если адрес места жительства/места пребывания заявителя не совпадает с адресом жилого помещения, в отношении которого подается заявление о назначении денежной компенсации

<2> Для детей после 14 лет и взрослых - реквизиты паспорта (серия и номер, дата выдачи, код подразделения).

<3> Для детей до 14 лет - реквизиты свидетельства о рождении (номер и дата актовой записи, наименование органа, выдавшего документ).

В случае регистрации акта гражданского состояния компетентным органом иностранного государства, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается документ, подтверждающий родственные отношения члена семьи и его нотариально удостоверенный перевод на русский язык.

Сведения об участнике специальной военной операции (заполняется при подаче заявления членами его семьи)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
Прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения)		
Дата рождения		
Место рождения (заполняется на основании данных паспорта (при наличии сведений))		
Адрес места жительства/места пребывания		
Паспорт гражданина РФ (при наличии сведений) <*>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
СНИЛС	номер	

Сведения о представителе заявителя при подаче документов представителем заявителя

Фамилия, имя, отчество (при наличии)		
Паспорт гражданина РФ <*>	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	

Наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя (постановление опеки и попечительства, доверенность)	номер	
	дата	

<*> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется и к комплекту документов прилагается копия документа.

К заявлению прилагаю:

№ п/п	Наименование документа	Количество документов

Просим поставить отметку(и) "V"

	аналогичную меру социальной поддержки по иному основанию и(или) по месту жительства или месту пребывания в Ленинградской области, не указанному в заявлении о назначении денежной компенсации, либо по месту постоянного проживания на территории другого субъекта Российской Федерации, не получаю	
	являюсь получателем аналогичной меры социальной поддержки по другому адресу	
	даю согласие на прекращение предоставления аналогичной меры социальной поддержки по другому адресу	

Денежные средства прошу выплачивать на текущий счет, привязанный к банковской карте национальной платежной системы "Мир", открытый в кредитной организации

Или

Денежные средства прошу выплачивать через почтовое отделение:

Адрес получателя	
Номер почтового отделения	

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"):

выдать на руки в ЦСЗН по месту подачи заявления

выдать на руки в МФЦ по месту подачи заявления

направить по электронной почте, указать электронный адрес

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 ЛОГКУ "ЦСЗН" документов (сведений), необходимых для предоставления денежной компенсации, вопрос предоставления денежной компенсации будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе;

при наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера ежемесячной денежной компенсации либо прекращение ее предоставления (например: перемена места жительства; изменение номера банковского счета, персональных данных, состава семьи), необходимо письменно известить ЛОГКУ "ЦСЗН" не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.

(подпись)

(фамилия, инициалы заявителя
(представителя заявителя))

(дата)»;

».

5. В приложении 52 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по назначению единовременной денежной выплаты участникам специальной военной операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму) в ходе специальной военной операции, а также членам семей участников специальной военной операции, погибших (умерших) вследствие выполнения задач в ходе специальной военной операции):

5.1. в пункте 2.3:

второй абзац дополнить словами «по форме согласно приложению 6»;

третий абзац дополнить словами «по форме согласно приложению 7»;

5.2. в абзаце первом подпункта 3 пункта 2.7 слова «Единой государственной информационной системе социального обеспечения» заменить словами «Единой централизованной цифровой платформе в социальной сфере»;

5.3. во втором абзаце пункта 2.8 после слов «принятия соответствующего решения» заменить словами «по форме согласно приложению 8»;

5.4. дополнить приложениями 3-8 следующего содержания:

«Приложение 3
к административному регламенту
предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению единовременной
денежной выплаты участникам специальной военной
операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму)
в ходе специальной военной операции, а также членам

Согласие
гражданина на обработку персональных данных

Я,

_____ (Ф.И.О. заявителя (представителя заявителя) полностью)

"__" ____ года рождения,

Документ, удостоверяющий личность (заявителя, представителя заявителя)

Серия _____ номер _____ Дата выдачи "__" ____ г.

кем выдан _____

Адрес проживания _____

Полномочия подтверждены _____

_____ (наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие

_____ (наименование органа социальной защиты, адрес, далее - оператор)

на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

на обработку персональных данных членов моей семьи (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

на обработку персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

_____ (указываются фамилия, имя, отчество заявителя)

с целью получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения, а именно: сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с персональными данными заявителя, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва, указанного в личном заявлении, заполненного в произвольной форме, поданного оператору.

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, инициалы заявителя
(представителя заявителя))

Приложение 4
к административному регламенту
предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению единовременной
денежной выплаты участникам специальной военной
операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму)
в ходе специальной военной операции, а также членам
семей участников специальной военной операции,
погибших (умерших) вследствие выполнения задач
в ходе специальной военной операции

Примерная форма доверенности

ДОВЕРЕННОСТЬ
на получение государственной(ых) услуг(и)

"__" _____ 20__ г.

Я, _____, "__" _____ г. рождения,

(Ф.И.О. доверителя полностью)

паспорт серии _____ N _____, выдан _____ "___" _____ г.,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____, проживающий(ая) по
адресу: _____, настоящей доверенностью
уполномочиваю социального работника _____

(наименование учреждения социального обслуживания)

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)

"__" _____ год рождения, паспорт серии _____ N _____, выдан

"__" _____ г., зарегистрированного(ую) по адресу: _____,
проживающего(ую) по адресу: _____, в целях получения
государственной(ых) услуг(и) _____

(наименование государственной(ых) услуг(и))

быть моим представителем в ЦСЗН, в связи с чем совершать от моего имени следующие действия:

- подавать от моего имени заявление на получение указанной(ых) государственной(ых) услуг(и) с приложением всех необходимых документов;
- давать согласие на обработку моих персональных данных с целью и в объемах, необходимых для предоставления указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);
- получать результат указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);
- расписываться за меня и совершать иные действия, связанные с получением указанной(ых) государственной(ых) услуг(и).

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность выдана сроком на _____ месяц(ев).

Доверитель _____

(Ф.И.О. доверителя полностью)

(подпись)

Отметка руководителя учреждения социального обслуживания, подтверждающая факт социального обслуживания заявителя социальным работником учреждения социального обслуживания, подпись руководителя и печать учреждения социального обслуживания.

Приложение 5
к административному регламенту
предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению единовременной
денежной выплаты участникам специальной военной
операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму)
в ходе специальной военной операции, а также членам
семей участников специальной военной операции,
погибших (умерших) вследствие выполнения задач
в ходе специальной военной операции

Примерная форма доверенности

ДОВЕРЕННОСТЬ
на получение государственной(ых) услуг(и)
(простая письменная форма)

" ___ " _____ 20__ г.

Я, _____, " ___ " _____ г. рождения,
(Ф.И.О. доверителя полностью)

паспорт серии _____ N _____, выдан _____ " ___ " _____ г.,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____, проживающий(ая) по
адресу: _____, настоящей доверенностью
уполномочиваю _____

(Ф.И.О. доверенного лица полностью)

" ___ " _____ год рождения, паспорт серии _____ N _____, выдан

" ___ " _____ г., зарегистрированного(ую) по адресу: _____,
проживающего(ую) по адресу: _____, в целях получения
государственной(ых) услуг(и) _____

(наименование государственной(ых) услуг(и))

быть моим представителем в ЦСЗН в связи, с чем совершать от моего имени
следующие действия:

- подавать от моего имени заявление на получение указанной(ых)
государственной(ых) услуг(и) с приложением всех необходимых документов;
- давать согласие на обработку моих персональных данных с целью и в объемах,
необходимых для предоставления указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);
- получать результат указанной(ых) государственной(ых) услуг(и);
- расписываться за меня и совершать иные действия, связанные с получением
указанной(ых) государственной(ых) услуг(и).

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность выдана сроком на _____ месяц(ев).

Доверитель _____

(Ф.И.О. доверителя полностью)

(подпись)

Приложение 6
к административному регламенту
предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению единовременной
денежной выплаты участникам специальной военной
операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму)
в ходе специальной военной операции, а также членам
семей участников специальной военной операции,
погибших (умерших) вследствие выполнения задач
в ходе специальной военной операции

(наименование ЦСЗН)

РАСПОРЯЖЕНИЕ N _____ от _____ 20__ г.
о назначении государственной услуги

Номер дела
Гр.
Адрес проживания
Соцкатегория:

В соответствии со _____
(указываются наименования нормативных правовых актов)

назначить _____
(указывается наименование меры социальной поддержки)

в размере руб.
на членов семьи:

_____ xx.xx.xxxx г.р.

в размере руб.

_____ xx.xx.xxxx г.р.

в размере руб.

Способ выплаты:

Наименование должности
руководителя ЦСЗН

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Внешняя сторона

Кому: _____
(Ф.И.О.)

Куда: _____
(индекс, адрес)

Справочная информация:

Выплата будет произведена в течение 30 рабочих дней со дня принятия решения о назначении государственной социальной помощи.

Государственная социальная помощь в виде компенсации расходов на уплату взносов на капитальный ремонт и компенсации расходов на оплату коммунальной услуги по обращению с твердыми коммунальными отходами предоставляется за период до 12 месяцев одновременно один раз в год.

Об изменении персональных данных и (или) способа выплаты государственной социальной помощи необходимо письменно известить филиал «Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения» через Государственное бюджетное учреждение Ленинградской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» либо Портал государственных и муниципальных услуг Ленинградской области либо Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) России, в течение 14 дней со дня наступления указанных изменений.

При отсутствии права на получение государственной социальной помощи необоснованно полученные в качестве государственной социальной помощи средства добровольно возвращаются гражданином, а в случае спора - взыскиваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Тел. клиентской службы филиала Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения» _____

Приложение 7
к административному регламенту
предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению единовременной
денежной выплаты участникам специальной военной
операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму)
в ходе специальной военной операции, а также членам
семей участников специальной военной операции,
погибших (умерших) вследствие выполнения задач
в ходе специальной военной операции

_____ (наименование ЦСЗН)

РАСПОРЯЖЕНИЕ N _____ от _____ 20__ г.
об отказе в назначении государственной услуги

Гр.
Адрес проживания

В соответствии с _____
(указываются наименования нормативных правовых актов)

отказать в назначении _____
(указывается наименование меры социальной поддержки)

_____ :

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

Причина отказа в назначении меры социальной поддержки:

Наименование должности
руководителя ЦСЗН

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

Внешняя сторона

Кому: _____
(Ф.И.О.)

Куда: _____
(индекс, адрес)

Справочная информация:

Решения и действия (бездействие), принятые (осуществляемые) в ходе предоставления государственной услуги, могут быть обжалованы в досудебном (внесудебном) порядке.

Жалоба подается:

1) при личной явке:

в филиал Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения»;

в Государственное бюджетное учреждение Ленинградской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»;

2) без личной явки:

почтовым отправлением в филиал Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения»;

в электронной форме через личный кабинет заявителя на Портале государственных и муниципальных услуг Ленинградской области либо на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций) России;

по электронной почте в филиал Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения».

Жалобы на решения, принятые руководителем филиала Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения», подаются в Комитет по социальной защите населения Ленинградской области.

Тел. клиентской службы филиала Ленинградского областного государственного казенного учреждения «Центр социальной защиты населения» _____

Приложение 8
к административному регламенту
предоставления на территории Ленинградской области
государственной услуги по назначению единовременной
денежной выплаты участникам специальной военной
операции, получившим увечье (ранение, контузию, травму)
в ходе специальной военной операции, а также членам
семей участников специальной военной операции,
погибших (умерших) вследствие выполнения задач
в ходе специальной военной операции

Угловой штамп ЦСЗН

(И.О.Ф заявителя)

(адрес, индекс заявителя)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о приостановлении предоставления государственной услуги

Уважаемый (ая) _____
(имя, отчество)

В связи с непоступлением ответа на межведомственный запрос, направленный в рамках
Федерального закона от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и
муниципальных услуг" из _____
(наименование организации)

по вопросу получения документа (сведений) _____,
предоставление государственной услуги по назначению _____
(наименование меры социальной поддержки)

приостановлено.

При поступлении ответа на названный(е) межведомственный(е) запрос(ы) уведомление о
назначении (об отказе в назначении) меры социальной поддержки будет направлено в Ваш адрес в
течение _____ рабочих дней со дня поступления соответствующего ответа.

Наименование должности
руководителя ЦСЗН

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Исп.

».

6. В приложении 54 (Административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по назначению ежемесячной денежной выплаты по потере кормильца детям граждан, погибших (умерших) вследствие выполнения задач в ходе специальной военной операции):

6.1. подпункт 1 пункта 2.2.2 дополнить абзацем следующего содержания:

«в ЦСЗН.»;

6.2. подпункт 1 пункта 2.3.1 дополнить абзацем следующего содержания:

«в ЦСЗН.»;

6.3. пункт 2.6.2 изложить в следующей редакции:

«2.6.2. Заявление о предоставлении государственной услуги заполняется заявителем (представителем заявителя) в электронном виде в ЦСЗН или в МФЦ.

Заполненное заявление должно отвечать следующим требованиям:

написано на бланке по форме согласно приложению 1 к настоящему регламенту;

текст заявления должен быть написан на русском языке синими или черными чернилами (пастой) (требования к чернилам не относятся к случаям заполнения заявления в электронном виде), записи хорошо читаемы и разборчивы, персональные данные заявителя указаны полностью;

не допускается использования сокращений и аббревиатур, а также подчисток, приписок, зачеркнутых слов и иных неоговоренных исправлений, за исключением исправлений в той части заявления, которая заполняется работником ЦСЗН или МФЦ, скрепленных печатью и заверенных подписью работника ЦСЗН или МФЦ;

сведения, указанные в заявлении, не должны расходиться или противоречить прилагаемым к заявлению документам.

Заявитель (представитель заявителя) расписывается в заявлении в присутствии работника ЦСЗН или МФЦ, который в свою очередь удостоверяет факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении.

В случае если заявитель по решению суда не признан недееспособным, лично явился на прием, но не может самостоятельно расписаться в заявлении ввиду болезни, неграмотности, физического недостатка либо иной причины, заявитель должен оформить доверенность в соответствии с действующим законодательством, подтверждающую наличие у представителя прав действовать от лица заявителя.

Копии представленных документов заверяются нотариально, либо учреждением (организацией), выдавшим оригинал документа, либо ЦСЗН или МФЦ при предъявлении заявителем (представителем заявителя) оригиналов документов, за исключением решения суда.»;

6.4. пункт 2.6.4 изложить в следующей редакции:

«2.6.4. Формат сканирования при обращении посредством ПГУ ЛО, ЦСЗН или МФЦ - многостраничный pdf, разрешением 150 dpi, в черно-белом или сером цвете.»;

6.5. в абзаце первом подпункта 3 пункта 2.7 слова «Единой государственной информационной системе социального обеспечения» заменить словами «Единой централизованной цифровой платформе в социальной сфере»;

6.6. пункт 2.13 изложить в следующей редакции:

«2.13. Срок регистрации заявления заявителя о предоставлении государственной услуги составляет в ЦСЗН:

при направлении заявления через МФЦ в ЦСЗН - в день поступления

заявления в АИС "Соцзащита" или на следующий рабочий день (в случае направления документов в нерабочее время, в выходные, праздничные дни);

при направлении заявления в форме электронного документа посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ - в день поступления заявления на ПГУ ЛО/ЕПГУ или на следующий рабочий день (в случае направления документов в нерабочее время, в выходные, праздничные дни);

при личном обращении - 1 день (в день поступления заявления).».