Приложение № 2

 Начальнику Управления социальной политики

 Администрации города Норильска

 С.В.Бабуриной

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

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. заявителя, адрес проживания)

 Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении денежной компенсации расходов

 на оплату проезда в пределах Российской Федерации

 к месту проведения медицинского обследования,

 медико-социальной экспертизы, реабилитации

 и обратно (далее - денежная компенсация)

 Денежную компенсацию прошу:

 1. Перечислить на счет (счет по вкладу/счет банковской карты)

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐

 N │ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ │-│ ││ │,

 └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘

 открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование кредитной организации)

 2. Выплатить через отделение федеральной почтовой связи N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Уведомление о принятом решении прошу направить (нужное отметить):

 Уведомление о принятом решении прошу направить (нужное отметить):

 ┌─┐

 │ │ по электронной почте;

 └─┘

 ┌─┐

 │ │ на бумажном носителе.

 └─┘

 К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование документа | Количество (шт.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Итого приложения на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах.

 Достоверность и полноту сведений, представленных мною в орган

социальной защиты населения, необходимых для принятия решения о

предоставлении государственной услуги, подтверждаю.

 С проверкой орган социальной защиты населения подлинности

представленных мною документов, полноты и достоверности содержащихся в них

сведений согласен (на).

 Обязуюсь сообщать органу социальной защиты населения об

обстоятельствах, влекущих прекращение предоставления ежемесячной денежной

выплаты, в течение 10 дней с момента их возникновения.

 Предупрежден (а), что денежные средства, излишне выплаченные мне

вследствие представления документов с заведомо неполными и (или)

недостоверными сведениями, сокрытия данных или несвоевременного уведомления

об обстоятельствах, влекущих утрату права на получение государственной

услуги, подлежат возмещению добровольно или в судебном порядке в

соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ф.И.О. заявителя подпись дата

---------------------------------------------------------------------------

 Расписка-уведомление

 Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял:

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_