ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ

Прошу назначить компенсацию расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг в соответствии _____
(указать нормативный правовой акт, в соответствии с которым установлена мера социальной поддержки)

по адресу: г. Арамиль, _____
Являюсь _____
(указать льготную категорию)

Организацией, начисляющей мне платежи за жилое помещение и коммунальные услуги, является _____
(наименование организации, адрес)

Компенсацию расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг прошу перечислять в:

	Кредитную организацию: _____ _____ На счет N
	Организацию, осуществляющую деятельность по доставке компенсаций: ООО «Урал-инвест-сервис» г. Арамиль, ул. Горбачёва, д. 17

К заявлению прилагаю следующие документы:

N п/п	Наименование документов	
1.	Документ, удостоверяющий личность заявителя	
2.	Удостоверение установленного образца о праве на меры социальной поддержки (для инвалидов – справка об установлении инвалидности)	
3.	Квитанция по ЖКХ, свету и газу за последний месяц	
4.	Справка о составе семьи с указанием размера общей площади, вида жилого фонда и условий проживания	
5.		

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Обязуюсь своевременно извещать уполномоченный орган о наступлении обстоятельств, влекущих изменение или прекращение выплаты компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, в течение 14 дней со дня наступления указанных обстоятельств и представить подтверждающие документы.

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных» я выражаю согласие на обработку моих персональных данных.

Разрешаю мои персональные данные, имеющиеся в органе местного самоуправления, передавать третьим лицам при условии соблюдения конфиденциальности данных с целью реализации моих прав на получение мер социальной поддержки и социального обслуживания, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Свердловской области.

Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления в орган местного самоуправления.

Предупрежден(а), что в случае допущения мною задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг (или их отдельных видов) выплата компенсации расходов приостанавливается.

«_____» _____ _____ г. _____
(подпись заявителя)

Заявление принял:

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Фамилия, имя, отчество	Подпись специалиста

Дата начала льготы «____»_____20___г.

Подразделение по осуществлению начислений субсидий и компенсаций
624001, Свердловская область, г. Арамиль, ул. 1 Мая, 12, кабинет № 18 телефон (факс) 3-04-66

Расписка-уведомление

Заявление принял:

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Фамилия, имя, отчество, подпись специалиста

Приложение 2
к Административному регламенту оказания муниципальной услуги
по предоставлению компенсаций гражданам на оплату жилого
помещения и коммунальных услуг на территории Арамильского городского округа,
утвержденному постановлением Администрации Арамильского городского округа

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
АДМИНИСТРАЦИЯ
АРАМИЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
Подразделение по осуществлению начислений субсидий и компенсаций
624001, Свердловская область, г. Арамиль, ул. 1 Мая, 12, каб. № 18 Телефон 3-04-66 факс 3-02-40

РЕШЕНИЕ № _____ от _____ _____г.

о предоставлении ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг

Дело № _____

Заявитель_____,
проживающий по адресу:_____

Регистрационный номер заявления _____ от _____ _____г.

Предоставить ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг до окончания основания предоставления компенсации с момента подачи заявления в соответствии с _____

Дата начала льготы с _____ _____ г.

Специалист Подразделения _____/_____/

Приложение 3
к Административному регламенту оказания муниципальной услуги
по предоставлению компенсаций гражданам на оплату жилого
помещения и коммунальных услуг на территории Арамильского городского округа,
утвержденному постановлением Администрации Арамильского городского округа

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
АДМИНИСТРАЦИЯ
АРАМИЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
Подразделение по осуществлению начислений субсидий и компенсаций
624001, Свердловская область, г. Арамиль, ул. 1 Мая,12 , кабинет №18 Телефон 3-04-66 факс 3-04-66

УВЕДОМЛЕНИЕ № _____ от «___»_____ _____г.

ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ

ФИО заявителя: _____

Проживающий по адресу: г. Арамиль, ул. _____

На основании решения Подразделения по осуществлению начислений субсидий и компенсаций расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг при Администрации Арамильского городского округа Вам отказано в предоставлении компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по заявлению № _____ от «___»_____ ____г. в связи с (нужное отметить):

Отсутствие у лица, обратившегося за назначением компенсации, права на меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг;

Получение лицом, обратившимся за назначением компенсации, мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по иным основаниям;

Наличие у лица, обратившегося за назначением компенсации, задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг при отсутствии и (или) невыполнении гражданами соглашений по ее погашению;

Получение лицом, обратившимся за назначением компенсации, компенсации расходов по месту жительства (в случае, если заявление о назначении компенсации расходов подано по месту пребывания);

Специалист Подразделения _____ /_____/

Приложение 4
к Административному регламенту оказания муниципальной услуги
по предоставлению компенсаций гражданам на оплату жилого
помещения и коммунальных услуг на территории
Арамильского городского округа,
утвержденному постановлением Администрации
Арамильского городского округа

ДЕЛО № _____

В Подразделение по осуществлению начислений субсидий и компенсаций расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг при Администрации Арамильского городского округа
от _____
_____
Адрес регистрации: _____
_____
Телефон:_____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Прошу произвести перерасчет льгот за _____
_____

Категория льгот _____Прописано _____ человек

Форма собственности (нужное подчеркнуть) приватизированное/муниципальное

Основание: копии квитанций _____
_____

«_____» _____ 20___ г. _____/_____/
(подпись заявителя) (Ф.И.О.)

Заявление принял:

«_____» _____20___ г. _____/_____/
(подпись специалиста) (Ф.И.О.)