|  |  |
| --- | --- |
|  | 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)* |
|  |
| Заявлениео 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)»* |  |