

Приложение N 1
к административному регламенту предоставления
муниципальной услуги «Предоставление
адресной социальной помощи жителям
города Кемерово, оказавшимся в
трудной жизненной ситуации»

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ АДРЕСНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Главе города Кемерово

(ФИО заявителя, год рождения)

(адрес места жительства)

(место работы)

(телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне адресную социальную помощь в связи с трудной жизненной ситуацией по причине:

Прилагаю следующие документы:

Предупрежден(а) об ответственности за представление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов.
Против проверки представленных мной сведений не возражаю.
Прошу адресную социальную помощь выдать в наличной форме или перечислить на лицевой счет кредитного учреждения

(нужное подчеркнуть)

(указать номер л/счета, реквизиты кредитного учреждения)

"__" _____ 20__ г.

(подпись и расшифровка подписи)

Документы приняты

"__"_____ 20__ г.

(подпись и расшифровка подписи)

Заявление зарегистрировано в журнале регистрации заявлений

"__"_____ 20__ г.

Приложение N 2
к административному регламенту предоставления
муниципальной услуги «Предоставление
адресной социальной помощи жителям
города Кемерово, оказавшимся в
трудной жизненной ситуации»

Акт обследования материально-бытовых условий

_____ (дата заполнения)

_____ (фамилия, имя, отчество заявителя)
Дата рождения _____ паспорт: серия _____ N _____

Выдан _____

Адрес, телефон _____

Социальная категория, наличие льгот

Дата ухода на пенсию, трудовой стаж

Пенсионное удостоверение

Последнее место работы, должность

Размер пенсии, среднедушевой доход

Состояние жилья

Жилой фонд (муниципальное, приватизированное)

Сведения о членах семьи, проживающих совместно с заявителем, степень

родства:

Ф.И.О. год рождения род занятий доход

Сведения о членах семьи, проживающих отдельно от заявителя, степень родства:

Ф.И.О. год рождения род занятий доход

Состояние здоровья

(наличие инвалидности, N справки МСЭ, степень выраженности утраченных функций)

(необходимость в услугах социального работника)

В каком медицинском учреждении наблюдается

Фактический уровень жизни

(наличие предметов первой необходимости, одежды, продуктов питания)

Нуждается ли в обслуживании КЦСОН или другого учреждения

(состоит ли на учете, вид оказываемых услуг)

Виды и размеры социально-экономической помощи, оказанной УСЗН и муниципальными учреждениями

(перечислить адресную помощь, оказанную в течение 3 последних лет)

Вопросы и проблемы, с которыми обратился заявитель

Выводы и предложения комиссии

Акт составили:

_____	_____	_____
(должность)	(фамилия, имя, отчество)	(подпись)
_____	_____	_____
(должность)	(фамилия, имя, отчество)	(подпись)
_____	_____	_____
(должность)	(фамилия, имя, отчество)	(подпись)

Правильность сведений, внесенных в настоящий акт, подтверждаю:

"__" _____ 20 г. _____ (подпись заявителя)