Приложение 6

к административному регламенту предоставления на территории Ленинградской

области государственной услуги по установлению патронажа над совершеннолетними дееспособными гражданами, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности

Форма

В

*(наименование органа опеки*

*и попечительства)*

от

*(ФИО (последнее при наличии)*

*заявителя) Реквизиты документа, удостоверяющего личность:*

*(указываются наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан)*

*Адрес места жительства (пребывания):*

*Адрес электронной почты*

*(при наличии):*

Номер контактного телефона:

*(сведения о представителе заявителя (при его наличии):*

*реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты документе, подтверждающего полномочия*

*представителя, контактные данные*

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги

Я, ,

*(указывается Ф.И.О. (последнее при наличии) лица, желающего стать помощником)*

Прошу (выбрать)

* включить меня в число лиц, желающих стать помощниками граждан, нуждающихся в патронаже, в связи с тем, что они по состоянию здоровья не способны самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности.
* Назначить меня помощником для:

*(Ф.И.О. лица, нуждающегося в патронаже)*

*(число, месяц, год рождения)*

*(адрес регистрации (проживания) лица, нуждающегося в патронаже)*

Дополнительно могу сообщить о себе следующее:

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

при наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление выплаты (например: перемена места жительства, изменение персональных данных), необходимо письменно известить орган опеки и попечительства через МФЦ, либо ПГУ ЛО, либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

Подтверждаю, что сведения, указанные в заявлении, достоверны.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу <\*>: |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ |
|  | выдать на руки в органе опеки и попечительстве |

<\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящемся по другому адресу.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152- ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных представляемого мною лица.

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

(дата)

Заявление принял

(дата приема) (подпись специалиста)

(фамилия, инициалы)

(дата)