**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

**КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ**

****

**АДМИНИСТРАЦИЯ**

**МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА «БАБЫНИНСКИЙ РАЙОН»**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «02» 09. 2022 г. |  | № 506 |

**О внесении изменений в административный регламент предоставления государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан на оплату жилого помещения и коммунальных услуг»**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", постановлением Правительства Калужской области от 10.10.2011 N 552 "О разработке и утверждении административных регламентов предоставления государственных услуг", Положением о муниципальных правовых актах муниципального района "Бабынинский район", утвержденным решением Районного Собрания МР "Бабынинский район" от 29.09.2009 N 380,

**П О С Т А Н О В Л Я Е Т :**

1. Изложить приложение 3 к административному регламенту предоставления государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан на оплату жилого помещения и коммунальных услуг», принятый постановлением администрации МР «Бабынинский район» от 25.12.2019г. № 731 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан на оплату жилого помещения и коммунальных услуг» в новой редакции (приложение 1).

2. Дополнить административный регламент предоставления государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан на оплату жилого помещения и коммунальных услуг» принятый постановлением администрации МР «Бабынинский район» от 25.12.2019г. № 731 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан на оплату жилого помещения и коммунальных услуг» приложением 9 содержанием согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

3. Контроль за исполнением настоящего Постановления возложить на заведующего отделом социальной защиты населения администрации МР «Бабынинский район» В.А.Ваничеву.

4. Настоящее Постановление вступает в силу с момента его подписания и подлежит официальному опубликованию.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Глава администрации** |  | **В.В. Яничев** |
|  |  |  |

Приложение N 1 к Постановлению

Администрации муниципального района

"Бабынинский район"

от 02.09.2022 г. N 506

Приложение 3

к Административному регламенту

предоставления государственной услуги

"Предоставление мер социальной поддержки

отдельным категориям граждан

на оплату жилого помещения

и коммунальных услуг"

В отдел социальной защиты населения администрации МР «Бабынинский район»

(наименование органа социальной защиты населения)

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

(фамилия, имя, отчество)

проживающего (-ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес регистрации заявителя по месту жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

этаж \_\_\_, этажность \_\_\_, количество комнат \_\_\_, площадь жилого помещения \_\_\_\_\_ кв.м, форма собственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (вид документа, серия, номер, дата выдачи)

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

(кем выдан)

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Заявление**

**на предоставление мер социальной поддержки в виде компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг**

Прошу предоставить мне меры социальной поддержки в виде компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество граждан, зарегистрированных по месту жительства совместно с заявителем | Дата рождения | Отношение к заявителю | Право на меры социальной поддержки (категория) |
|  |  |  | заявитель |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Денежные средства перечислять на банковский счет, отделение связи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ненужное зачеркнуть)

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

(номер отделения связи, наименование кредитной организации, номер счета)

 В случае изменения условий, влияющих на объем и основания предоставления мер социальной поддержки в виде компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (изменение места постоянного жительства, состава семьи, изменение формы собственности на жилое помещение (для заявителей, имеющих право на меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», Федеральным законом от 26.11.1998 № 175-ФЗ «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча», Федеральным законом от 10.01.2002 № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне»), вступление в повторный брак (для супруги (супруга) погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны, супруги (супруга) погибшего (умершего) ветерана боевых действий) обязуюсь в течение 15 дней со дня наступления указанных условий сообщить в отдел социальной защиты населения администрации МР «Бабынинский район» об изменениях и представить документы, подтверждающие указанные условия, для проведения соответствующего перерасчета.

Об ответственности за представление документов с заведомо неверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на право получения компенсации расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, предупрежден (-а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

 (подпись заявителя) (расшифровка подписи) (дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись специалиста, принявшего заявление) (расшифровка подписи) (дата)

Приложение N 2 к Постановлению

Администрации муниципального района

"Бабынинский район"

от 02.09.2022 г. N 506

Приложение 9

к Административному регламенту

предоставления государственной услуги

"Предоставление мер социальной поддержки

отдельным категориям граждан

на оплату жилого помещения

и коммунальных услуг"

В отдел социальной защиты населения

администрации МР «Бабынинский район»,

п.Бабынино, ул. Новая, д. 4

Согласие

на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
в целях предоставления мне компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (компенсации расходов) даю согласие на обработку отделом социальной защиты населения администрации МР «Бабынинский район» моих персональных данных, указанных в документах, представленных мною в соответствии с пунктом 3 Положения о порядке предоставления мер социальной поддержки граждан по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 04.08.2009 № 310. Согласие даю на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование и предоставление в указанную мной кредитную организацию или отделение связи, а также на обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных.

Данное согласие действует на период предоставления мне компенсации расходов отделом социальной защиты населения администрации МР «Бабынинский район», а в части хранения персональных данных - также в течение пяти лет после снятия меня с учета.

Данное согласие может быть мною отозвано письменным заявлением.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

 (подпись заявителя) (фамилия) (дата)