Приложение 3

к административному регламенту предоставления управлением труда и социальной защиты населения администрации Георгиевского городского округа Ставропольского края государственной услуги «Предоставление инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства, в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации страховых премий по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств»

В управление труда и социальной защиты населения администрации Георгиевского городского округа Ставропольского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении компенсации страховой премии

по договору обязательного страхования гражданской

ответственности владельцев транспортных средств

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспорт гражданина Российской Федерации: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

иной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации по месту жительства или по месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (если есть).

Прошу назначить и выплатить мне компенсацию страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства (далее – компенсацию) в размере 50% от уплаченной мною суммы за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

как инвалиду (законному представителю инвалида) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать категорию)

Прошу выплатить назначенную мне компенсацию через:

|  |  |
| --- | --- |
| кредитное учреждение, (наименование) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | почтовое отделение  почтовый индекс  по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  регистрации по месту жительства  или по месту пребывания (нужное  обвести) |

номер кредитного учреждения и его структурного подразделения:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | / |  |  |  |  |

номер лицевого счета:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Обязуюсь в десятидневный срок информировать органы соцзащиты об изменении статуса, дающего право на получение государственной услуги, перемене места жительства и других обстоятельствах.

Я предупрежден об ответственности за представление неполных или недостоверных сведений и документов.

Согласен на обработку представленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги.

Ранее данную компенсацию получал в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) Ставропольского края; другом регионе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу сообщить о принятом решении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по почте на адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) | по электронной почте | по телефону |
|  |  |  |

Дата подачи заявления: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление зарегистрировано \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Паспортные данные, указанные в заявлении, с предъявленным паспортом сверил

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

(наименование должности специалиста, (подпись, инициалы, фамилия)

ответственного за прием документов))

линия отрыва

----------------------------------------------------------------------------------------------

РАСПИСКА

о приеме заявления и документов

Заявление о назначении компенсации страховой премии по договору

обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств и документы

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

(фамилия, имя, отчество заявителя в родительном падеже)

приняты специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(орган соцзащиты)

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

(фамилия, имя, отчество специалиста, ответственного за прием документов)

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата)

Приняты копии документов:

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

Телефон для справок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Вам будет сообщено о принятом решении: | Место для отметки |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства  (месту пребывания) |  |
| электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| по телефону, указанному в заявлении |  |

Дата выдачи расписки \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Специалист управления труда

и социальной защиты населения

администрации Георгиевского городского округа

Ставропольского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Фамилия, имя, отчество/