

Приложение 1
к постановлению администрации
города Иркутска
от 25.12.2023 №031-06-949/23

«Приложение № 1
к административному регламенту
предоставления муниципальной услуги
«Предоставление дополнительной
меры социальной поддержки в виде
ежемесячной компенсации расходов на
оплату найма (поднайма) жилого
помещения для отдельных категорий
медицинских работников отдельных
областных государственных
медицинских организаций,
расположенных на территории города
Иркутска»

ФОРМА

заявления о предоставлении муниципальной услуги «Предоставление
дополнительной меры социальной поддержки в виде ежемесячной компенсации
расходов на оплату найма (поднайма) жилого помещения для отдельных
категорий медицинских работников отдельных областных государственных
медицинских организаций, расположенных на территории города Иркутска»

Начальнику департамента здравоохранения и
социальной помощи населению комитета по
социальной политике и культуре
администрации города Иркутска

Контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) медицинского работника или его
представителя, контактный номер)

проживающий (ая) по адресу _____,
(адрес места жительства медицинского работника или его представителя)

документ, удостоверяющий личность _____

являющийся (аяся) *(нужное отметить)*:

- медицинским работником;
 представителем медицинского работника:

 (фамилия, имя, отчество медицинского работника)
 проживающего (ей) по адресу

 (адрес места жительства медицинского работника)
 документ, удостоверяющий личность _____

 (наименование и номер основного документа, удостоверяющего личность медицинского работника, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)
 действующий(ая) на основании _____

 (наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя медицинского работника)

Прошу предоставить мне (медицинскому работнику, чьи интересы я представляю) *(нужное подчеркнуть)* в соответствии с решением Думы города Иркутска от 9 октября 2015 года № 006-20-130189/5 «О дополнительных мерах социальной поддержки для отдельных категорий медицинских работников отдельных областных государственных медицинских организаций, расположенных на территории города Иркутска» дополнительную меру социальной поддержки в виде ежемесячной компенсации расходов на оплату найма (поднайма) жилого помещения, расположенного на территории города Иркутска, по адресу: _____ (далее – ежемесячная компенсация).

Я (медицинский работник, чьи интересы я представляю) *(нужное подчеркнуть)* работаю (работает) в должности _____

 (наименование должности медицинского работника)

 (полное наименование медицинской организации)

Сообщаю реквизиты лицевого счета, открытого в учреждении банка или иной кредитной организации, для перечисления ежемесячной компенсации:

 (номер счета, банк получателя, корреспондентский счет, БИК банка получателя, ИНН банка получателя)

Обязуюсь письменно известить департамент о возникновении обстоятельств, влекущих несоответствие меня (медицинского работника, чьи интересы я представляю) *(нужное подчеркнуть)* категории, условиям или требованиям, необходимым для выплаты ежемесячной компенсации, установленным решением Думы города Иркутска от 9 октября 2015 года № 006-20-130189/5 «О дополнительных мерах социальной поддержки для отдельных категорий медицинских работников отдельных областных государственных медицинских организаций, расположенных на территории города Иркутска», а также о расторжении договора найма (поднайма) жилого помещения в течение трех рабочих дней после дня наступления указанных обстоятельств.

Обязуюсь ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за истекшим кварталом, представлять в департамент документы, подтверждающие расходы по оплате найма (поднайма) жилого помещения, расположенного на территории города Иркутска (квитанции, чеки, расписки, платежные поручения), произведенной за соответствующий квартал.

Подтверждаю, что *(нужное отметить)*:

- не являюсь собственником жилого помещения, расположенного на территории города Иркутска (далее – жилое помещение) (участником общей собственности на жилое помещение), членом семьи собственника жилого помещения, нанимателем жилого помещения по договору социального найма найма служебного жилого помещения жилищного фонда социального использования, членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, найма служебного жилого помещения, найма жилого помещения жилищного фонда социального использования;
- обеспеченность общей площадью жилого помещения, на которое у меня медицинского работника, чьи интересы я представляю) *(нужное подчеркнуть)* имеются имущественные права, на одного члена семьи составляет менее квадратных метров.

Информацию и (или) документы, связанные с предоставлением прекращением выплаты ежемесячной компенсации, прошу *(нужное отметить)*,

- направлять по почтовому адресу _____
указать почтовый адрес
- вручить лично при обращении в департамент
- направить в форме электронного документа посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (электронный адрес в информационной телекоммуникационной сети «Интернет»: <http://gosuslugi.ru>)
- передать в Единое окно муниципального казенного учреждения «Сервис регистрационный центр» г. Иркутска;
- передать через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг, организацию, привлекаемую многофункциональным центром в соответствии с частью 1¹ статьи 16 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных муниципальных услуг».

Приложения:

1. _____.
2. _____.
3. _____.
4. _____.
5. _____.
6. _____.

(фамилия, имя, отчество (последнее
– при наличии))

(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.



