В

(наименование органа местного самоуправления)

от

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Полный адрес места жительства:

Телефон

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_N

Выдан

(дата выдачи)

Кем выдан

Дата рождения

ЗАЯВЛЕНИЕ

О НАСТУПЛЕНИИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, ВЛЕКУЩИХ ПЕРЕРАСЧЕТ

ЛИБО ПРЕКРАЩЕНИЕ ВЫПЛАТЫ КОМПЕНСАЦИЙ РАСХОДОВ

НА ОПЛАТУ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ

Прошу пересчитать размер, прекратить выплату (нужное подчеркнуть)

компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг в связи с

(указать причину перерасчета размера либо прекращения выплаты компенсации расходов)

по адресу:

Являюсь

(указать льготную категорию)

Организацией, начисляющей мне платежи за жилое помещение и

коммунальные услуги, является

(наименование организации, адрес)

Компенсацию расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг я получаю через (отметить в первом столбце):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кредитную организацию: N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер филиала кредитной организации)  На счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер счета в кредитной организации) |
|  | Почтовое отделение по адресу регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер почтового отделения) |
|  | Организацию, осуществляющую деятельность по доставке компенсаций:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование организации, адрес) |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| N п/п | Наименование документов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата) (подпись заявителя)

Заявление принял:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Фамилия, имя, отчество,  подпись специалиста |
|  |  |  |

Расписка-уведомление

Заявление принял:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата приема заявления | Фамилия, имя, отчество,  подпись специалиста |
|  |  |  |