|  |
| --- |
|  |
| Главе администрации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование внутригородского округа)  внутригородского округа города Краснодара  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес администрации внутригородского округа) |

**ХОДАТАЙСТВО**

**о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки**

**в виде организации пребывания (проживания, питания) в**

**муниципальном казённом учреждении муниципального**

**образования город Краснодар «Центр «Источник» граждан**

**старшего поколения отдельных категорий**

В соответствии с Порядком предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде организации пребывания (проживания, питания) в муниципальном казённом учреждении муниципального образования город Краснодар «Центр «Источник» граждан старшего поколения отдельных категорий, утверждённым решением городской Думы Краснодара от 28.01.2010 № 69 п. 5 «О дополнительных мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан» (далее – Порядок), ходатайствую о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в видеорганизации пребывания (проживания, питания) в муниципальном казённом учреждении муниципального образования город Краснодар «Центр «Источник» граждан старшего поколения отдельных категорий, в отношении гражданина(ки) старшего поколения отдельной категории, указанной в абзаце втором пункта 1 Порядка:

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина старшего поколения) |
| |  | | --- | |  | | (дата рождения гражданина старшего поколения) | |  | | (серия, номер, дата, орган, выдавший документ, удостоверяющий личность гражданина старшего поколения) | |  | | (адрес места жительства, контактный номер телефона гражданина старшего поколения) | |
| Информация, подтверждающая активное участие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  | | --- | |  |   (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина старшего поколения)  в общественной жизни муниципального образования город Краснодар:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я несу ответственность за достоверность представляемых мною сведений и документов в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  О принятом решении, прошу проинформировать следующим способом:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать способ информирования: по номеру телефона, по адресу электронной почты,  по адресу нахождения ходатайствующего органа) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина старшего поколения) |

проинформирован о необходимости предоставления в управление по социальным вопросам администрации муниципального образования город Краснодар, по адресу: г. Краснодар, ул. Одесская, 1, в срок не позднее 7 рабочих дней до дня заезда оригинала и копии медицинской справки, содержащей информацию об отсутствии противопоказаний к пребыванию (проживанию, питанию) вмуниципальном казённом учреждении муниципального образования город Краснодар «Центр «Источник», полученной не позднее чем за месяц до дня предоставления дополнительной меры (в случае положительного решения о возможности предоставления ему дополнительной меры).

Приложение:

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

(наименования документов)

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (наименование должности) |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество, последнее – при наличии) |  | (дата) |

М.П. (при наличии)