

## АКТ

### обследования материально-бытовых условий проживания

1. Фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_
4. Место работы \_\_\_\_\_
5. Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи), идентификационный код (при наличии) \_\_\_\_\_
6. Виды доходов (подчеркнуть): пенсия по возрасту, пенсия по инвалидности (указать причину инвалидности и группу), пенсия в связи с потерей кормильца, пенсия по выслуге лет, выплата для лиц, не имеющих права на пенсию, государственная социальная помощь, пособие по безработице, прочие выплаты \_\_\_\_\_
7. Размер доходов (в месяц) \_\_\_\_\_ рублей.
8. Дополнительные доходы семьи (общая сумма доходов за последние 6 месяцев) \_\_\_\_\_ рублей.
9. Семейное положение (необходимое подчеркнуть): женат, разведен, холост, вдовец, гражданский брак.
10. Члены семьи, указать степень родства, фамилию, имя, отчество, год рождения, адрес проживания, телефон \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Имеет на своем содержании несовершеннолетних детей, детей-инвалидов, лиц преклонного возраста, инвалидов (необходимо подчеркнуть и указать фамилию, имя, отчество, адрес их проживания) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Условия проживания (подчеркнуть): квартира государственная (изолированная, коммунальная), кооперативная, приватизированная, неприватизированная, этаж \_\_, количество комнат \_\_, частный дом, количество комнат \_\_, жилье разрушено в результате боевых действий.

13. Обеспечивается ли гуманитарной (иной благотворительной) помощью от иных благотворительных организаций (указать название благотворительной организации) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Об отказе в назначении материальной помощи в случае предоставления неполных или недостоверных сведений указанных в данном Акте я предупрежден.

С актом ознакомлен \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя отчество гражданина) (подпись)

Подписи членов комиссии: \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

Дата обследования \_\_\_\_ 20\_\_ года