Приложение 1

к Порядку предоставления

дополнительных мер социальной поддержки

для отдельных категорий граждан

в виде ежемесячной денежной выплаты

|  |
| --- |
| Главе Северо-Енисейского района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.полностью)  проживающего (ей) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать почтовый индекс и адрес проживания)  Паспорт (или иной документ удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия, номер, когда и кем выдан) Доверенное лицо [<\*>](consultantplus://offline/ref=5069103D8573D62F0C5297999197828275CE7808FD1050FD5EF1D37E6C9E51F5142D81F06293BDEA49EFF4F0J4fFI) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. полностью)  проживающее по адресу [<\*>](consultantplus://offline/ref=5069103D8573D62F0C5297999197828275CE7808FD1050FD5EF1D37E6C9E51F5142D81F06293BDEA49EFF4F0J4fFI)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать почтовый индекс или адрес проживания) Паспорт [<\*>](consultantplus://offline/ref=35436D5AE6F63DB6D56A6E60B09C629243F8BE72CAF8191112967FFE42F200D6DC98863446BCECA4B08DA723wEg8I) (или иной документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия, номер, кем и когда выдан)  Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне дополнительные меры социальной поддержки для отдельных категорий граждан:

одинокой женщине, достигшей возраста 55 лет;

одинокому мужчине, достигшему возраста 60 лет;

одинокому инвалиду;

инвалиду Великой Отечественной войны;

ветерану Великой Отечественной войны;

вдове (вдовцу) инвалида, участника Великой Отечественной войны

в виде ежемесячной денежной выплаты.

Дополнительные меры социальной поддержки в виде ежемесячных денежных выплат прошу:

1) перечислить на мой счет №:

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

открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

2) выплатить через кассу администрации Северо-Енисейского района

К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документа | Количество (шт.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Итого приложения на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах.

Уведомление о принятом решении прошу направить (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | по электронной почте |
|  | на бумажном носителе |

Достоверность и полноту предоставленных мною сведений подтверждаю.

В целях решения вопроса о предоставлении мне дополнительных мер социальной поддержки для отдельных категорий граждан в виде ежемесячной денежной выплаты и обеспечения контроля за обоснованностью расходования средств в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление хранение, использование, уничтожение.

С проверкой подлинности представленных мною документов, полнотой и достоверностью содержащихся в них сведений согласен(на).

О наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление дополнительных мер социальной для отдельных категорий граждан в виде ежемесячной денежной выплаты обязуюсь сообщить своевременно в отдел по делам семьи, детства и социальной поддержки граждан администрации Северо-Енисейского района.

Предупрежден(а), что денежные средства, выплаченные мне вследствие предоставления документов с заведомо неполными и (или) недостоверными сведениями, иных или несвоевременного уведомления об обстоятельствах, влекущих утрату права на получение дополнительных мер социальной поддержки для отдельных категорий граждан в виде ежемесячной денежной выплаты подлежат возмещению добровольно или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

ФИО заявителя подпись дата

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Принял документы | |
| Дата | Подпись специалиста |
|  |  |

(рег. номер заявления)

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

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял:

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_