Приложение 1

к Отдельному мероприятию

«Дополнительные меры социальной поддержки

граждан, заключивших контракт и направляемых

для участия в специальной военной операции на

территориях Донецкой Народной Республики,

Луганской Народной Республики и Украины»

муниципальной программы «Развитие социальных

отношений, рост благополучия и защищенности

граждан в Северо-Енисейском районе»

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 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(Ф.И.О. полностью)

проживающее по адресу [<\*>](consultantplus://offline/ref=5069103D8573D62F0C5297999197828275CE7808FD1050FD5EF1D37E6C9E51F5142D81F06293BDEA49EFF4F0J4fFI)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать почтовый индекс или адрес проживания)

Паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(серия, номер, кем и когда выдан)

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне дополнительные меры социальной поддержки граждан, заключивших контракт и направляемых для участия в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины в виде единовременной и ежемесячной выплат.

Выплаты прошу:

1) перечислить на мой счет №:

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

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

(наименование кредитной организации)

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 граждан, заключивших контракт и направляемых для участия в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины и осуществления 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 поддержки граждан, заключивших контракт и направляемых для участия в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и 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 граждан, заключивших контракт и направляемых для участия в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_