КОГКУ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 проживающего(ей) по адресу:

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 В соответствии с Законом Кировской области от 10.06.2015 N 546-ЗО "О

мерах социальной поддержки семей, имеющих детей" прошу предоставлять мне

меру социальной поддержки "Ежемесячное пособие на ребенка-инвалида"

(далее - МСП).

 МСП ранее предоставлялась (не предоставлялась) (нужное подчеркнуть).

 Для предоставления МСП сообщаю сведения о ребенке, на основании данных

которого запрашивается МСП:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) | Дата рождения | Место жительства ребенка | Дата усыновления, принятия ребенка на воспитание <\*> |
|  |  |  |  |

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

 <\*> Заполняется в случае усыновления ребенка, установления опеки

(попечительства), передачи ребенка на воспитание в приемную семью.

 Подтверждаю, что совместно с ребенком \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (проживаю (не проживаю))

 Выплату прошу производить через:

отделение почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (номер отделения почтовой связи)

кредитно-финансовое учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер отделения)

на счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер счета)

 К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Номер документа | Дата выдачи | Организация |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

 За достоверность представленных документов несу персональную

ответственность. Против проверки представленных мной сведений не возражаю.

 Я ознакомился(лась) с обстоятельствами, влекущими прекращение выплаты,

и обязуюсь своевременно (в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рабочих дней) известить

орган социальной защиты населения об их наступлении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (расшифровка)

 В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных" даю согласие на обработку своих персональных данных и

персональных данных моих несовершеннолетних детей (сбор, систематизацию,

накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование,

распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование) с

целью предоставления МСП.

 Мне известно, что я могу отозвать согласие на обработку персональных

данных путем подачи заявления в орган социальной защиты населения.

 Предупрежден(а) об уголовной ответственности за мошенничество при

получении выплат в соответствии со статьей 159.2 Уголовного кодекса

Российской Федерации.

Согласен (не согласен) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (нужное подчеркнуть) (подпись) (расшифровка)

 Расписка-уведомление (заполняется специалистом)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) |
| Дата | Фамилия, инициалы специалиста | Подпись |
|  |  |  |  |

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

 (линия отреза)

 Расписка-уведомление (заполняется специалистом)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) |
| Дата | Фамилия, инициалы специалиста | Подпись |
|  |  |  |  |