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

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

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

проживающего(ей) по адресу:

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с [Законом](consultantplus://offline/ref=1534514E91F78859629803F97986ABC5AF1BCB52C1AC18E64B1BD97D26FA1381C51D1D8EF363F9583961C8EF6459E0A64AK6Y8I) Кировской области от 10.06.2015 N 546-ЗО "О

мерах социальной поддержки семей, имеющих детей" прошу предоставлять мне

ежемесячную социальную выплату на детей, обучающихся в общеобразовательной

организации; ежегодную денежную выплату на приобретение твердого топлива

при наличии печного отопления; единовременную компенсацию в размере 50

процентов расходов на приобретение индивидуальных приборов учета холодной и

горячей воды, электрической энергии, природного газа как многодетной

малообеспеченной семье (далее - МСП) (нужное подчеркнуть).

МСП ранее назначались/не назначались (нужное подчеркнуть).

Дети, на основании данных которых запрашиваются МСП:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, инициалы ребенка | Дата рождения | Место жительства ребенка | Дата усыновления, принятия ребенка на воспитание [<\*>](#P857) |
|  |  |  |  |

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

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

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

Выплату прошу произвести 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

социальных выплат, и обязуюсь своевременно (в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рабочих

дней) извещать орган социальной защиты населения об их наступлении.

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=1534514E91F7885962981DF46FEAF7CCAD189356C5A61AB5114EDF2A79AA15D4975D43D7A027B2553E7FD4EF60K4YEI) от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных" даю согласие на обработку своих персональных данных

(сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,

изменение), использование, распространение (в том числе передачу),

обезличивание, блокирование) в целях предоставления

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

(указать наименование денежной выплаты)

Мне известно, что я могу отозвать свое 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](consultantplus://offline/ref=1534514E91F7885962981DF46FEAF7CCAC12965CC4AC1AB5114EDF2A79AA15D4855D1BDBA025A85E6F3092BA6C45E2B84B6437762483K9YBI) Уголовного кодекса

Российской Федерации.

Согласен/не согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(нужное подчеркнуть) (подпись) (фамилия, инициалы)

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 |
|  |  |  |  |