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

меру социальной поддержки "Ежемесячная социальная выплата по уходу за

вторым ребенком в возрасте от полутора до трех лет, не посещающим

дошкольную образовательную организацию" (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 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 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](consultantplus://offline/ref=1534514E91F7885962981DF46FEAF7CCAD189356C5A61AB5114EDF2A79AA15D4975D43D7A027B2553E7FD4EF60K4YEI) 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](consultantplus://offline/ref=1534514E91F7885962981DF46FEAF7CCAC12965CC4AC1AB5114EDF2A79AA15D4855D1BDBA025A85E6F3092BA6C45E2B84B6437762483K9YBI) 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 |
|  |  |  |  |