Приложение № 2

к административному регламенту предоставления управлением труда и социальной защиты населения администрации Шпаковского муниципального округа Ставропольского края государственной услуги «Осуществление ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор России», «Почетный донор СССР»

ЗАЯВЛЕНИЕ

об установлении ежегодной денежной выплаты  
в управление труда и социальной защиты населения администрации Шпаковского муниципального округа Ставропольского края

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(фамилия, имя, отчество без сокращений, в соответствии с документом удостоверяющем личность лица, имеющего право на ежегодную денежную выплату)

Паспорт гражданина России:

серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иной документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Удостоверение к нагрудному знаку «Почетный донор России» («Почетный донор СССР»):

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

(вид удостоверения, номер документа, кем выдан, дата выдачи)

Адрес регистрации по месту жительства, месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

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

(указывается на основании записи в паспорте или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства, месту пребывания

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

если предъявляется не паспорт, а иной документ удостоверяющий личность)

Адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается на основании записи в документе, подтверждающем регистрацию по месту пребывания)

Сведения о месте фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

Прошу установить мне ежегодную денежную выплату (далее – ЕДВ) как лицу, награжденному нагрудным знаком «Почетный донор России», «Почетный донор СССР» (нужное подчеркнуть)

Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через:

Кредитное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации, в которую должна быть перечислена ЕДВ,)

номер кредитного учреждения и его структурного подразделения /,

лицевой счет:       

Почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по адресу: регистрации по месту жительства: регистрации по месту пребывания:

регистрации по месту фактического проживания:

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если есть).

Я обязуюсь в месячный срок информировать органы социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на прекращение ЕДВ. Я предупрежден об ответственности за предоставление неполных или недостоверных сведений и документов. Я согласен на обработку предоставленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги. Ранее ЕДВ получал в органе социальной защиты населения, расположенном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать район или город)

Прошу сообщить о принятом решении

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) | | электронной почтой | | по телефону |  |
|  | |  | |  |  |
|  | Дата подачи заявления: \_\_.\_\_\_.20\_\_\_\_ г. | | Подпись получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Заявление принял специалист (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата и подпись лица, принявшего заявление)

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