Приложение № 3

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»

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

о приеме (регистрации) заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты и другие документы предоставил

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

(фамилия, имя, отчество заявителя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| принял специалист | | Управление труда и социальной защиты населения администрации Шпаковского муниципального округа Ставропольского края | | | | | |  | |
| (фамилия, отчество специалиста, отв.за прием документов) | | | | | | | | | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ | | | | | | | | | | |
| Ноиер персональной карточки учета (ПКУ) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Приняты копии документов: | | | | | | | | | | |
| 1. Документ о праве на льготы серии | | |  | | номер |  | , выданный | |  | |
| 2. |  | | | | | | | | | |
| 3. |  | | | | | | | | | |

Телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Решение будет принято в течение 10 рабочих дней со дня подачи заявления.

Заявление зарегистрировано \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные, указанные в заявлении, с предъявленным паспортом сверил,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование должности специалиста, ответственного за прием документов) (подпись) (инициалы, фамилия)

|  |  |
| --- | --- |
| Вам будет сообщено о принятом решении: | место для отметки |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) |  |
| электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| По телефону, указанному в заявлении |  |

Напоминаем Вам, что Вы обязаны в десятидневный срок информировать орган социальной защиты населения об изменении статуса, дающего право на получение государственной услуги, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение выплаты. При непредставлении указанных сведений или их несвоевременно предоставлении Вы обязаны возвратить излишне выплаченные Вам суммы.

Дата выдачи расписки \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

Подпись специалиста, ответственного за прием документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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