|  |
| --- |
| Приложение № 5  к Регламенту |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Губернатору Амурской области  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| проживающего(ей) по адресу | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Паспортные данные | | | | | |
| серия |  | | | № |  |
| выдан |  | | | | |
| дата выдачи | |  | | | |
| СНИЛС № | | |  | | |
| телефон | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о назначении ежемесячного пособиялицам, имеющим особые заслуги перед Российской Федерацией и Амурской областью

Прошу назначить мне пособие в соответствии с Законом Амурской области от 09.02.1998 № 54-ОЗ «О ежемесячном пособии лицам, имеющим особые заслуги перед Российской Федерацией и Амурской областью».

Прилагаю следующие документы:

1. Копию паспорта (документа, заменяющего паспорт) \_\_\_ л.

(нужное подчеркнуть)

2. Копии документов, подтверждающих наличие оснований для установления пособия \_\_\_ л.

3. Копию справки Федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности \_\_\_ л.

4. Справки о доходах \_\_\_ л.

5. Копию трудовой книжки или сведения о состоянии индивидуального лицевого

(нужное подчеркнуть)

счета застрахованного лица \_\_\_ л.

6. Доходы за 3 месяца, предшествующие месяцу обращения:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Вид дохода | Месяц получения | Размер дохода |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Настоящим подтверждаю, что я не имею иных доходов, в том числе от трудовой деятельности, предпринимательской деятельности, доходов по акциям и (или) от участия в управлении собственностью организации, социальных выплат, пособий, установленных органами местного самоуправления, организациями.

Назначенное мне пособие прошу перечислять:

через почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты кредитной организации)

Обязуюсь извещать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование ГКУ-УСЗН)

выплачивающий мне пособие о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия, в месячный срок.

Я даю согласие на предоставление и автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в целях

(наименование ГКУ-УСЗН)

назначения ежемесячного пособия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО лица, обратившегося за назначением ежемесячного пособия)

Подтверждаю свое согласие на направление ГКУ-УСЗН запросов в органы, организации, участвующие в назначении пособия, в целях получения сведений, необходимых для назначения пособия.

Я согласен на выполнение министерством социальной защиты населения Амурской области операций над моими персональными данными (обработку, использование, передачу), необходимых для исполнения обязанностей в рамках моего заявления на период их исполнения.

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  | / “ |  | ” |  | 20 |  | года |
| (подпись должностного лица) |  | (расшифровка ФИО) |  | (дата) | | | | | |
|  |  |  |  | Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

=============================================================

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ шт. приняты

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  | / “ |  | ” |  | 20 |  | года |
| (подпись должностного лица) |  | (расшифровка ФИО) |  | (дата) | | | | | |
|  |  |  |  | Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |