

Руководителю
органа социальной защиты населения
администрации района / города

от _____
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставлять родителю погибшего (умершего) военнослужащего
 вдова (вдовец) погибшего (умершего) военнослужащего
проживающему (ей) по адресу: _____

дополнительную меру социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты в соответствии с действующим законодательством

К заявлению прилагаю следующие документы:

/п	Наименование документа	Кол-во (шт.)
.	документ, удостоверяющий личность, и его копию	
	удостоверение, выданное в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 года № 209 «Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих»	
	справка, заменяющая названное удостоверение, и ее копия; справка установленной формы о гибели военнослужащего, либо иные документы, подтверждающие статус члена семьи погибшего военнослужащего (указать наименование документа)	
.	свидетельство о заключении брака и его копию	
.	документ с реквизитами счета, открытого в российской кредитной организации, и его копию	

Итого приложения на _____ листах.

В случае изменения моего места жительства (места пребывания) в течение одного месяца обязуюсь представить в орган социальной защиты населения сведения об указанных событиях.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных для предоставления мер социальной поддержки, установленных законодательством Российской Федерации и Красноярского края, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Согласие действует в течение года. В случае, если за один месяц до истечения срока моего согласия на обработку персональных данных от меня не последует

письменного заявления о его отзыве, настоящее согласие считается автоматически пролонгированным на каждый следующий год.

Меры социальной поддержки прошу:

1. Перечислять на мой счет (счет по вкладу / счет банковской карты) №:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ — □□

открытый

В

_____ (наименование кредитной организации)

При закрытии лицевого счета обязуюсь сообщить об этом в орган социальной защиты населения в пятидневный срок.

2. Выплачивать через отделение федеральной почтовой связи № _____ (с доставкой на дом / без доставки на дом).

Достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись заявителя)

№ _____
рег.номер заявления

Принял документы	
Дата	Подпись специалиста

Расписка уведомление

/п	Наименование документа	Кол-во (шт.)
.	документ, удостоверяющий личность, и его копию	
.	удостоверение, выданное в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 года № 209 «Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих»	
.	справку, заменяющую названное удостоверение, и ее копия; справку установленной формы о гибели военнослужащего либо иные документы, подтверждающие статус члена семьи погибшего военнослужащего (указать наименование документа)	
.	свидетельство о заключении брака и его копию	
.	документ с реквизитами счета, открытого в российской кредитной организации, и его копию	

Регистрационный номер заявления _____

Документы принял: _____

Дата _____ ФИО специалиста _____ подпись специалиста _____

В случае изменения моего места жительства (места пребывания) обязуюсь в течение одного месяца представить в орган социальной защиты населения сведения об указанных событиях. При закрытии лицевого счета обязуюсь сообщить об этом в орган социальной защиты населения в пятидневный срок.