

**В территориальный орган
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
на предоставление государственной услуги**

Я, _____
дата рождения _____
место жительства _____
место пребывания _____
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)
гражданство _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____ СНИЛС _____

**Заполняется в случае недееспособности лица, имеющего право на получение
государственной услуги.**

как законный представитель гражданина _____
дата рождения _____
место жительства _____
место пребывания _____
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)
гражданство _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____ СНИЛС _____,
от имени подопечного:

прошу назначить (возобновить) ежемесячную денежную выплату

по категории _____
(указать категорию лица, имеющего право на меры социальной поддержки)

Ежемесячную денежную выплату **по федеральному законодательству** или
законодательству Ивановской области _____
(получаю, не получаю)

_____ (наименование категории, по которой производится выплата)

_____ (линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление и документы на предоставление ежемесячной денежной выплаты гр. _____
поступившие _____
(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность)			
телефон _____			
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Дата получения результата предоставления государственной услуги	Подпись специалиста

2. Представляю документы согласно приложению к заявлению

№ 1

№ 2

3. Прошу денежные средства перечислять: _____

(указать наименование кредитной организации и номер счета или номер почтового отделения)

4. Уведомление о принятом решении прошу _____

(выдать на руки, направить почтовым отправлением, по электронной почте)

5. Уведомлен, что за сообщение умышленно ложных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. **Обязуюсь** при возникновении обстоятельств, влияющих на предоставление государственной услуги, **в течение одного месяца сообщить** о них в органы, осуществляющие предоставление государственной услуги по месту жительства.

7. **Даю согласие** территориальному органу социальной защиты населения, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру предоставления государственных и муниципальных услуг на обработку моих персональных данных, данных подопечного (*нужное подчеркнуть*), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу в Департамент социальной защиты населения Ивановской области), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне ежемесячных денежных выплат.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в заявлении и представленных документах.

Согласие действует с момента подачи настоящего заявления до моего письменного отзыва данного согласия.

8. Уведомлен о том, что в целях реализации права на получение ежемесячных денежных выплат сведения обо мне, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Департаменту финансов Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (<i>нужное подчеркнуть</i>) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

(линия отреза)

Получатель выплаты при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной выплаты (выезд на постоянное место жительства за пределы территории Ивановской области, установление ежемесячной денежной выплаты по другим основаниям, утрата права на получение ежемесячной денежной выплаты), **обязан в течение одного месяца сообщить** о них в органы социальной защиты населения по месту жительства.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

**Перечень документов, необходимых для предоставления
ежемесячной денежной выплаты реабилитированным лицам и лицам,
признанным пострадавшими от политических репрессий**

Перечень документов, необходимых для назначения ежемесячной денежной выплаты	Количе ство докумен тов (шт.)	Дата получения документа (информа ции) органом, ведущим прием документов
Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя		
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя и место жительства		
2. для реабилитированных лиц - справка о реабилитации; для лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий, - справка о признании лиц пострадавшими от политических репрессий (в случае утраты гражданином удостоверения, дающего право на ежемесячную денежную выплату, - дубликат справки)		
3. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представление интересов	
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя	

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно		
5. Сведения об установлении (назначении) пенсии в соответствии с федеральным законодательством о трудовых пенсиях в Российской Федерации и о том, что заявителю назначена, не назначена ежемесячная денежная выплата в соответствии с федеральным законодательством или выплата такой денежной выплаты прекращена		
6. страховой номер индивидуального лицевого счета		
7. Для заявителей, получающих страховые пенсии в других субъектах Российской Федерации или заявителей, переехавших на место жительства в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации:	Информация о получении пенсии и о назначении, неназначении (прекращении выплаты) ежемесячной денежной выплаты в соответствии с федеральным законодательством	
	информация о неназначении (прекращении выплаты) ежемесячной денежной выплаты в соответствии с законодательством субъекта Российской Федерации	
8. Для заявителей, имеющих регистрацию по месту жительства и месту пребывания на территории Ивановской области и обращающихся за предоставлением ежемесячной денежной выплаты по месту пребывания:	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) ежемесячной денежной выплаты	
	справка (информация) о регистрации по месту пребывания	
9. В случае утраты гражданином удостоверения, дающего право на ежемесячную денежную выплату	информация органа или учреждения, выдававшего удостоверение, дающее право на ежемесячную денежную выплату, с указанием номера и даты выдачи удостоверения	
10. для реабилитированных лиц - справка о реабилитации	в случае, если документ выдается органами МВД России	

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячной денежной выплаты сформирован:

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись специалиста)

**Перечень документов, необходимых для возобновления
предоставления ежемесячной денежной выплаты реабилитированным
лицам и лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий**

Перечень документов, необходимых для назначения ежемесячной денежной выплаты	Количе ство докумен- тов (шт.)	Дата получения документа (информа- ции) органом, ведущим прием документов
Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя		
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя и место жительства		
2. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представление интересов	
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя	

" ____ " _____ 20 ____ года

_____ (подпись заявителя)

Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно

3. Документы, подтверждающие неполучение ежемесячной денежной выплаты по другим основаниям (за исключением случаев, предусмотренных законодательством) в течение всего периода неполучения ежемесячной денежной выплаты, назначенной органами социальной защиты населения			
4. Для заявителей, имеющих регистрацию по месту жительства и месту пребывания на территории Ивановской области и обращающихся за предоставлением ежемесячной денежной выплаты по месту пребывания:	информация территориального органа социальной защиты населения по месту жительства о неназначении (прекращении) ежемесячной денежной выплаты в течение периода неполучения ежемесячной денежной выплаты		
5. В случае утраты гражданином удостоверения, дающего право на ежемесячную денежную выплату	справка (информация) о регистрации по месту пребывания информация органа или учреждения, выдававшего удостоверение, дающее право на ежемесячную денежную выплату, с указанием номера и даты выдачи удостоверения		

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячной денежной выплаты сформирован:

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись специалиста)