

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
на предоставление государственной услуги

Я, _____
статус _____ дата рождения _____ гражданство _____
(мать/отец)
место жительства _____
место пребывания/фактического проживания _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____ СНИЛС _____

Заполняется в случае подачи заявления и документов законным представителем или доверенным лицом
как законный представитель, доверенное лицо гражданина _____
(нужное подчеркнуть)
дата рождения _____ гражданство _____
место жительства _____
место пребывания _____
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____ СНИЛС _____, от имени указанного
гражданина: _____
сведения об организации, выдавшей доверенность, дата ее выдачи:

1. Прошу назначить ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего

_____ (указать ФИО ребенка, дату рождения)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление и документы на предоставление ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего 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 1 к заявлению

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 ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, **в течение одного месяца сообщить** о них в органы, осуществляющие предоставление ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего 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 на обработку персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (моих несовершеннолетних детей), подопечного (нужное подчеркнуть), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего.

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 ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего сведения, представленные мной, будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Федеральной службе по труду и занятости, 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 (нужное подчеркнуть)	Подпись специалиста
« ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	

(линия отреза)

Получатель выплаты при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего (смерть ребенка, досрочное окончание военной службы по призыву отцом ребенка, выезд получателя пособия за пределы Ивановской области и др), **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
ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего**

Перечень документов		Количество документов (шт.)	Дата получения документа (информации) органом, ведущим прием документов
Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя			
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя			
2. Свидетельство о рождении (усыновлении) или документ, подтверждающий факт рождения и регистрации ребенка военнослужащего			
4. Для опекунов	выписка из решения об установления опеки над ребенком (детьми)		
	копия свидетельства о смерти матери		
	копия вступившего в силу решения суда		
	копия заключения медицинской организации		
5. В случае если для назначения ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего необходимо представить информацию об иных лицах, не являющихся заявителями	согласие указанных лиц на обработку персональных данных		
	доверенность, подтверждающая полномочия заявителя на передачу данных об иных лицах, не являющихся заявителями		
6. В случае если обращается представитель заявителя	доверенность на представителя заявителя		
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя		

" ____ " _____ 20 ____ года

_____ (подпись заявителя)

Перечень документов, подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно			
1. Справка из воинской части о прохождении отцом ребенка военной службы по призыву (с указанием срока службы)			
2. В случае обращения за назначением ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего после окончания отцом ребенка военной службы по призыву	справка из военного комиссариата по месту призыва о прохождении мужем военной службы по призыву (с указанием срока службы)		
3. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС)			

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего сформирован:

« ____ » _____ 20 ____ года

_____ (подпись специалиста)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Мы:

1	Ф.И.О. _____ дата рождения _____ зарегистрированный по адресу _____ документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ когда и кем выдан _____ _____ номер телефона _____, СНИЛС _____ от себя лично
2	Ф.И.О. _____ дата рождения _____ зарегистрированный по адресу _____ документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ когда и кем выдан _____ _____ номер телефона _____, СНИЛС _____ от себя лично
3	Ф.И.О. _____ дата рождения _____ зарегистрированный по адресу _____ документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ когда и кем выдан _____ _____ номер телефона _____, СНИЛС _____ от себя лично
4	Ф.И.О. _____ дата рождения _____ зарегистрированный по адресу _____ документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ когда и кем выдан _____ _____ номер телефона _____, СНИЛС _____ за от себя лично и за своего(ю) несовершеннолетнего(юю) сына (дочь), _____ дата рождения _____ место жительства _____ свидетельство о рождении (свидетельство об усыновлении) № _____, выдано _____ зарегистрированного по адресу _____ СНИЛС _____ и своего(ю) несовершеннолетнего(юю) сына (дочь), _____ дата рождения _____ место жительства _____ свидетельство о рождении (свидетельство об усыновлении) № _____, выдано _____ зарегистрированного по адресу _____ СНИЛС _____

в связи с обращением заявителя _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя)

_____ (дата, год и место рождения)
паспорт: серия _____, № _____, выдан _____
_____ «__» _____ года
проживающего(ей) по адресу: _____

за предоставлением ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, даем свое согласие Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, его территориальным органам, ОГКУ «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру предоставления государственных и муниципальных услуг населению на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Мы согласны, что персональные данные, в том числе: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация будут обрабатываться, храниться, комплектоваться, учитываться, использоваться, в том числе передаваться (территориальным органам федеральных органов исполнительной власти, органам исполнительной власти Ивановской области, органам местного самоуправления и другим организациям) как с применением средств автоматизации, так и без их применения с целью принятия решения о предоставлении государственных услуг сроком до минования надобности _____ 20__ года (или указать срок).

Подписи членов семьи:

1)	_____ / _____ / _____
	(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)
2)	_____ / _____ / _____
	(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)
3)	_____ / _____ / _____
	(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)
4)	_____ / _____ / _____
	(подпись члена семьи) (расшифровка подписи) (дата)