

**В территориальный орган
социальной защиты населения**

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____ от _____

**О назначении ежемесячной компенсационной выплаты женщинам,
уволенным в связи с ликвидацией организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающая по адресу: _____

_____ Тел. _____
(почтовый адрес заявителя с указанием индекса)

	Дата рождения		
ПАСПОРТ	Серия		Номер
	Дата выдачи		
	Кем выдан		

в соответствии с подпунктом «г» пункта 11 Порядка назначения и выплаты ежемесячных компенсационных выплат отдельным категориям граждан, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.1994 № 1206 прошу назначить ежемесячную компенсационную выплату.

Для назначения ежемесячной компенсационной выплаты представляю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров
1.	копия приказа о предоставлении отпуска по уходу за ребенком	
2.	копия свидетельства о рождении ребенка	
3.	трудовая книжка	
4.	справка органов государственной службы занятости о невыплате пособия по безработице (в случае, если заявителем не представлена по собственной инициативе, запрашивается в рамках межведомственного взаимодействия)	
5.		

Прошу перечислять ежемесячную компенсационную выплату _____

_____ (номер счета и отделения Сберегательного банка Российской Федерации или номер почтового отделения)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление и документы на предоставление ежемесячной компенсационной выплаты, поступившие от _____

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

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

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.

Обязуюсь в течение одного месяца сообщить в орган социальной защиты населения обо всех изменениях, влияющих на предоставление ежемесячной компенсационной выплаты (назначение пособия по безработице, помещение ребенка на полное государственное обеспечение, лишение родительских прав, трудоустройство).

Даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных с целью предоставления ежемесячной компенсационной выплаты, государственных услуг в соответствии с действующим законодательством. Передача моих персональных данных сторонним организациям может производиться только в рамках предоставления ежемесячной компенсационной выплаты.

" ____ " _____ 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) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

(линия отреза)

Получатель при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной компенсационной выплаты (назначение пособия по безработице, помещение ребенка на полное государственное обеспечение, лишение родительских прав, трудоустройство), обязан в течение одного месяца сообщить о них в органы социальной защиты населения по месту жительства.

« ____ » _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

