

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**на предоставление государственной услуги**

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
гражданство \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_

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

как законный представитель гражданина \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
гражданство \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_, от имени подопечного:

**прошу назначить:**

**государственное единовременное пособие, ежемесячную денежную компенсацию** (нужное подчеркнуть) **при возникновении поствакцинального осложнения в соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»**

**Я являюсь,**

гражданином, у которого установлено наличие поствакцинального осложнения \_\_\_\_\_ да/нет

членом семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения \_\_\_\_\_ да/нет

-----  
(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление государственной услуги гр. \_\_\_\_\_  
поступившие \_\_\_\_\_  
(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

|  |   |   |                     |
|--|---|---|---------------------|
| Принял специалист: _____<br>(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**

3. Прошу денежные средства перечислять: \_\_\_\_\_

(указать наименование кредитной организации и номер счета)

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. Со статьей 159.2 "Мошенничество при получении выплат" Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен

6. 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 персональных данных моего ребенка, персональных 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 государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации.

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.

7. Уведомлен о том, что в целях реализации права на получение ежемесячной денежной компенсации сведения обо мне, о моем ребенке, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты РФ, Министерству финансов 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> )<br>« ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____ | Подпись специалиста |

-----  
(линия отреза)

**Получатель выплаты** при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы территории Ивановской области; окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения; снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить** о них в органы социальной защиты населения по месту жительства.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

## Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги

| Перечень документов, необходимых для назначения<br>государственного единовременного пособия и (или)<br>ежемесячной денежной компенсации | Количество<br>документов<br>(шт.)                             |
|---|---|
| <b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на<br/>заявителя</b>   |   |
| 1. Паспорт гражданина РФ или иной документ, удостоверяющий личность и место жительства заявителя.                                       |   |
| 2. В случае если обращается представитель заявителя:  | доверенность на представителя заявителя                       |
|   | документ, удостоверяющий личность представителя заявителя     |
| 3. Документы, подтверждающие факт поствакцинального осложнения:   | заключение об установлении факта поствакцинального осложнения |
|   | справка об инвалидности                                       |
|   | свидетельство о смерти  |
| 4. Документ(ы), подтверждающи(й)е родственные отношения с умершим получателем вследствие поствакцинального осложнения                   |   |
| 5. Письменное согласие всех совершеннолетних членов семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения                  |   |

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации сформирован:**

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

