**Образец заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты ветеранам труда, труженикам тыла, ветерану труда Ставропольского края или награжденному медалью «Герой труда Ставрополья», реабилитированному лицу или лицу, признанному пострадавшим от политических репрессий**

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа труда и СЗН или МФЦ)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о назначении ежемесячной денежной выплаты

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспорт гражданина России: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Иной документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

--- ,

адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации по месту пребывания (если есть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если есть).

Прошу установить мне ежемесячную денежную выплату (далее – ЕДВ) как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать категорию)

Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через:

|  |  |
| --- | --- |
| Кредитное учреждение, в т.ч. отделение Сбербанка (наименование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер ОСБ и его структурного подразделения /,  лицевой счет:         | почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_  по адресу:  регистрации по месту **жительства**:  или регистрации по месту **пребывания** (нужное обвести) |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(линия отреза)

Расписка о приеме заявления и документов

Заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты и другие документы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя в родительном падеже)

приняты специалистом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(управление или МФЦ) (фамилия, имя, отчество специалиста, ответственного за

прием документов)

\_\_\_\_ \_\_.\_\_.20\_\_г.

Номер в программном комплексе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Приняты копии документов:

1. Документа о праве на льготы серии \_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_,

2. Документа, удостоверяющего личность, \_\_\_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, выданного \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон для справок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Решение будет принято в течение \_\_\_\_\_\_ рабочих дней со дня подачи заявления.

(оборот листа)

Мне известно, что в соответствии с действующим законодательством, гражданин, имеющий право на получение мер социальной поддержки по нескольким основаниям, может получать меры социальной поддержки только по **одному** из них.

Обязуюсь в десятидневный срок информировать органы социальной защиты населения об изменении статуса, дающего право на получение ежемесячной денежной выплаты, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение ЕДВ.

Я предупрежден об ответственности за предоставление неполных или недостоверных сведений и документов.

Я согласен на обработку предоставленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги.

Ранее меры социальной поддержки получал в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе)

(указать район (город))

Ставропольского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать субъект Российской Федерации)

Документ о праве на меры социальной поддержки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ получал (ранее представлял) в органе социальной защиты населения, расположенный в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) Ставропольского края

Получаю пенсию в управлении Пенсионного фонда РФ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району (городу) Ставропольского края, ином органе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу сообщить о принятом решении

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) | | электронной почтой | | по телефону |
|  | |  | |  |
| Дата подачи заявления: \_\_.\_\_\_.20\_\_\_ г. | | Подпись получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Заявление зарегистрировано \_\_.\_\_\_.20\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Принял заявление и документы: документ о праве на льготы, документ, удостоверяющий личность,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование должности специалиста, (подпись) (инициалы, фамилия)

ответственного за прием документов)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(линия отреза)

|  |  |
| --- | --- |
| Вам будет сообщено о принятом решении: | место для отметки: |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) |  |
| электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| По телефону, указанному в заявлении |  |

Напоминаем Вам, что Вы обязаны в десятидневный срок информировать орган социальной защиты населения об изменении статуса, дающего право на получение государственной услуги, продлении инвалидности, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение выплаты. При непредставлении указанных сведений или их несвоевременно предоставлении Вы обязаны возвратить излишне выплаченные Вам суммы.

Дата выдачи расписки \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_ .

Подпись специалиста, ответственного за прием документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_