

В управление труда и социальной
защиты населения администрации
Изобильненского городского
округа Ставропольского края
(наименование органа труда и СЗН или МФЦ)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной выплаты

Гр. _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения: ____ . ____ . ____

Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

□□□□-□□□□-□□□□-□□□□ ,

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания (если есть): _____

контактный телефон _____, e-mail: _____ (если есть).

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

(указать категорию)

Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через:

Кредитная организация (наименование)
_____, номер отделения

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 _____ . ____ . ____ . 20 ____ г.
(управление или МФЦ) (фамилия, отчество специалиста, ответственного за прием документов)

Номер в программном комплексе _____ .

Приняты копии документов:

1. Документа о праве на льготы серии ____ номер _____, выданного ____ . ____ . 20 ____ ,
2. Документа, удостоверяющего личность, _____ серии ____ № _____, выданного ____ . ____ . ____ .
3. _____
4. _____

Телефон для справок: _____ .

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

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. 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)) (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, ответственного за прием документов)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(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 возратить излишне выплаченные Вам суммы.

Дата выдачи расписки __. __. 20__ г.

Подпись специалиста, ответственного за прием документов _____

