

**Управление труда и социальной защиты населения администрации
Изобильненского городского округа Ставропольского края
ЗАЯВЛЕНИЕ**

об изменении сведений, влияющих на осуществление ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ)

Гр. _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения: ____ . ____ . ____

Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

□□□□-□□□□-□□□□-□□□□,

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

Прошу изменить (выбрать необходимое из перечня):

1. фамилию, имя, отчество _____ на _____
(нужное подчеркнуть)
2. адрес регистрации по месту жительства _____
(прежний адрес)
на _____
(новый адрес)
3. адрес регистрации по месту пребывания _____
(прежний адрес)
на _____
(новый адрес)

4. Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через:

(Заполняется в случае изменения выписанных реквизитов или способа выплаты)

Кредитная организация (наименование) _____ почтовое отделение № _____
_____, номер отделения _____ по адресу:

и его структурного подразделения _____

□□□□/□□□□□□□□,

лицевой счет:

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

регистрации по месту **жительства:**
или регистрации по месту
пребывания (нужное подчеркнуть)

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.

Я обязуюсь в десятидневный срок информировать органы социальной защиты населения об изменении статуса, дающего право на получение ежемесячной денежной выплаты, переход на получение мер социальной поддержки по иному основанию, перемене места жительства и других обстоятельств.

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

Я согласен на обработку предоставленных мною персональных данных для назначения ЕДВ.

Дата подачи заявления: ____ . ____ . ____ Подпись получателя _____

Расписка-уведомление

**Управление труда и социальной защиты населения администрации
Изобильненского городского округа Ставропольского края**

Заявление и другие документы гр.: _____
приняты специалистом _____

Приняты копии документов:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Телефон для справок: _____.

" ____ " _____ г. Регистрационный номер № _____
Подпись специалиста _____