Приложение 2

 к административному регламенту предоставления управлением труда и социальной защиты населения администрации Грачевского муниципального района Ставропольского края государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты лицам, удостоенным звания «Ветеран труда Ставропольского края»

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

 (наименование органа соцзащиты 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, е-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 отрыва-----------------------------------------------------

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

2.Документа, удостоверяющего личность, \_\_\_серии \_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_, выданного \_\_.\_\_.20\_\_\_г.

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

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

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

оборот страницы 1 Приложения 2

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) Ставропольского края.

(указать район или город)

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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(должность специалиста, (подпись) (инициалы, фамилия)

ответственного за прием документов)

------------------------------------------------линия отрыва-----------------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 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, установлении 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_