Форма заявления

Заявление зарегистрировано

в Магаданском областном государственном казенном учреждении социальной поддержки населения “Магаданский социальный центр” №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_20­­­­­\_\_\_\_г

Государственная услуга: «Прием документов на назначение ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным нагрудными знаками «почетный донор России», «почетный донор СССР»

В Магаданское областное

государственное казенное учреждение

социальной поддержки населения

«Магаданский социальный центр»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении мер социальной поддержки

(фамилия, имя, отчество)

**Данные паспорта:**

|  |  |
| --- | --- |
| Серия | Кем выдан |
| Номер | Дата выдачи |
|  | Дата рождения |

Регистрация по месту жительства (пребывания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу назначить меры социальной поддержки в виде:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ежегодной денежной выплаты в соответствии с Законом РФ от 20.07.2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» (для граждан, награжденных нагрудным знаком «Почетный до­нор России» или «Почетный донор СССР») | Удостоверение о праве на меры социальной поддержки  № |
| От |
| Ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Магаданской области от 27.12.2013г. № 1692-03 «О донорстве крови и ее компонентов на территории Магаданской области» (для граждан, имеющих звание «Почетный донор Магаданской области») | Удостоверение о праве на меры социальной поддержки  № |
| От |

**Денежные средства прошу перечислять на:**

Почтовое отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковское учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

на **р/с** **№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**К заявлению прилагаю:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документа | Кол-во | Возвращено заявителю |
| Копия паспорта |  |  |
| Копия удостоверения |  |  |

**О себе сообщаю:**

№ страхового свидетельства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**РАСПИСКА**

Я обязуюсь своевременно сообщать в государственное казенное учреждение о перемене места житель­ства в г. Магадане, выезде в центральные районы страны (на постоянное место жительства), об изменении паспортных данных, изменении расчетного счета.

В целях решения вопроса о предоставлении мне мер социальной поддержки в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (подпись заявителя)

Подлинность указанных сведений заверяю: «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ года.

Специалист МФЦ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_