Директору ГКУ “Магаданский социальный центр”

Заявление зарегистрировано

в Магаданском областном государственном казенном учреждении социальной поддержки населения “Магаданский социальный центр”

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_г.

Куликову А.И.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Удостоверение «Ветеран труда Магаданской области» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(дата выдачи, номер постановления, кем выдано)

Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

## Прошу назначить ежемесячную денежную выплату в соответствии с Законом Магаданской области от 12.01.2004г. № 412-ОЗ. «О Ветеранах труда Магаданской области»

**О себе сообщаю следующее:**

1) Являюсь получателем пенсии на основании Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид пенсии и № пенсионного удостоверения)

2) В трудовых отношениях не состою, индивидуальной трудовой деятельностью не занимаюсь.

**Выплачивать ежемесячную денежную выплату прошу**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать № счета сбербанка или отделение почтовой связи)

РАСПИСКА

О перемене места жительства в пределах Магаданской области либо о выезде за пределы Магаданской области, а также при устройстве на работу или помещение в государственное стационарное учреждение социального обслуживания на полное государственное обеспечение обязуюсь своевременно сообщить.

Согласен на обработку персональных данных.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (подпись заявителя) (фамилия, инициалы)

Подлинность указанных сведений заверяю: « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2013 г.

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

должность подпись фамилия, инициалы