Директору Магаданского областного

государственного казенного учреждения

социальной поддержки населения

«Магаданский социальный центр»

А.И.Куликову

**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 28.12.2004 г. № 531-03 «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:**

Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РАСПИСКА

Я обязуюсь своевременно сообщать в ГКУ «Магаданский социальный центр» о перемене места житель­ства в г. Магадане, выезде в центральные районы страны (на постоянное место жительства), об изменении паспортных данных, изменении расчетного счета.

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