*В ГКУ «Магаданский социальный центр»*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении ежемесячных денежных выплат на детей из многодетной семьи**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Проживающая (щий) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированная (ый) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Тел. :** раб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сот.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ПАСПОРТ СВЕРЕН:«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. | Серия номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Дата рождения |  |

 **Прошу назначить ежемесячные денежные выплаты на моих детей:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) | Число, месяц и год рождения ребенка (детей) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

**Для назначения ежемесячных денежных выплат представляю следующие документы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. | Документ, удостоверяющий личность |  |
| 2. | Свидетельство о рождении ребенка (детей)  |  |
| 3. | Документы,подтверждающиеместо жительства или пребывания многодетной семьи на территории Магаданской области |  |
| 4. | Копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования ( СНИЛС) |  |
| 5. | Справка об обучении ребенка в возрасте старше 16 лет в общеобразовательной организации, профессиональной образовательной организации или образовательной организации высшего образования. |  |
| 6. |  |  |

**Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_обязуюсь не позднее чем в месячный срок извещать государственное казенное учреждение социальной поддержки населения « Магаданский социальный центр» о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение или приостановление выплаты ежемесячных денежных выплат.**

**В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152 – ФЗ « о персональных данных» даю согласие на обработку предоставленных мною моих персональных данных».**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(подпись заявителя)**

**Ежемесячные денежные выплаты на детей прошу перечислять**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**филиал\_\_\_**\_\_\_\_\_

(номер счета и отделения Сберегательного банка РФ или номер почтового отделения)

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 20\_\_\_\_ г.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись заявителя)