Форма заявления

Государственная услуга: «Прием документов на назначение ежемесячной выплаты на детей-инвалидов с особыми потребностями»

 **В ГКУ «МАГАДАНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении ежемесячных денежных выплат на**

**детей-инвалидов с особыми потребностями**

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 ребенка.**

**Для этого сообщаю:**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
|  | Паспорт заявителя  |  |
|  | Паспорт /свидетельство о рождении ребенка  |  |
|  | Документ, подтверждающий факт совместного проживания ребенка-инвалида с заявителем |  |
|  | Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида |  |
|  | Справка, подтверждающая факт установления инвалидности |  |
|  | Справка из территориального отделения ПФР о получении заявителем ежемесячных компенсационных выплат |  |
|  | Расчетный счет (копия титульного листа сберегательной книжки, номер банковской карты) |  |
|  | Акт органа опеки и попечительства об установлении опеки или попечительства |  |

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на право получения ЕДВ на детей-инвалидов с особыми потребностями.

Обязуюсь своевременно извещать государственное казенное учреждение «Магаданский социальный центр» о наступлении обстоятельств, влияющих на досрочное прекращение выплаты ЕДВ (смена заявителя/законного представителя, трудоустройство заявителя, смена места жительства, нахождение ребенка на полном государственном обеспечении и т.д.).

В целях решения вопроса о предоставлении мне мер социальной поддержки в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 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.

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

 (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)