|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявление зарегистрировано  в Магаданском областном государственном  казенном учреждении социальной  поддержки населения  «Магаданский социальный центр»    «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ № \_\_\_\_\_ |  | Директору Магаданского областного государственного казенного учреждения социальной поддержки населения «Магаданский социальный центр»  О.Н.Мамычевой |

**Заявление**

**о назначении социальной выплаты ветеранам труда**

гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя отчество)

данные паспорта:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | кем выдан |  |
| номер |  | дата выдачи |  |
| дата рождения |  |
| регистрация по месту жительства (пребывания) |  | | |

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу назначить:** социальную выплату ветеранам труда в соответствии с законом Магаданской области от 06.12.2004г. № 498-ОЗ «О мерах социальной поддержки ветеранов труда, проживающих на территории Магаданской области»

Перечень прилагаемых документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | кол-во | возвращено заявителю | введено в карточку учета |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

Денежные средства прошу перечислить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать № банковского счета и наименование кредитной организации, или № отделения почтовой связи)

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на право получения социальной выплаты.

Обязуюсь своевременно (в течение 14 календарных дней) известить организацию социальной поддержки и социального обслуживания населения Магаданской области о наступлении случаев, влекущих приостановление или прекращение предоставления социальной выплаты (нахождение получателя в стационарной организации социального обслуживания граждан, находящейся в ведении магаданской области; выезд на постоянного место жительства за пределы Магаданской области».

В целях решения вопроса о предоставлении мне мер социальной поддержки в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=114692;fld=134) 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.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

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

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

должность подпись фамилия, инициалы