Приложение

к Порядку и условиям

(в ред. постановления Правительства Кировской области от 28.07.2017 N 394-П)

КОГКУ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(ей) по адресу:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Законом Кировской области от 10.06.2015 N 546-ЗО "О

мерах социальной поддержки семей, имеющих детей" прошу предоставить мне

меру социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты в форме

регионального материнского (семейного) капитала (далее - МСП).

МСП ранее предоставлялась/не предоставлялась (нужное подчеркнуть).

Ребенок, на основании данных которого запрашивается МСП:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, инициалы ребенка | Дата рождения | Место жительства ребенка | Дата усыновления, принятия ребенка на воспитание <\*> |
|  |  |  |  |

--------------------------------

<\*> Заполняется в случае усыновления ребенка, установления опеки

(попечительства), передачи ребенка на воспитание в приемную семью.

Выплату прошу произвести через:

отделение почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(номер отделения почтовой связи)

кредитно-финансовое учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер отделения)

на счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер счета)

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Номер документа | Дата выдачи | Организация |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

За достоверность представленных документов несу персональную

ответственность. Против проверки представленных мной сведений не возражаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (фамилия, инициалы)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных" даю согласие на обработку своих персональных данных

(сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,

изменение), использование, распространение (в том числе передачу),

обезличивание, блокирование) в целях предоставления МСП.

Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на обработку

персональных данных путем подачи заявления в орган социальной защиты

населения.

Предупрежден(а) об уголовной ответственности за мошенничество при

получении выплат в соответствии со статьей 159.2 Уголовного кодекса

Российской Федерации.

Согласен/не согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(нужное подчеркнуть) (подпись) (фамилия, инициалы)

Расписка-уведомление (заполняется специалистом)

Заявление и документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) | | |
| Дата | Фамилия, инициалы специалиста | Подпись |
|  |  |  |  |

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

(линия отреза)

Расписка-уведомление (заполняется специалистом)

Заявление и документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) | | |
| Дата | Фамилия, инициалы специалиста | Подпись |
|  |  |  |  |