Руководителю

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

(наименование уполномоченного государственного

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

учреждения Омской области, в отношении

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

которого функции и полномочия учредителя

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

осуществляет Министерство труда

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

и социального развития Омской области)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

статус (мать, лицо ее заменяющее) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающая(ий) по адресу:

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

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

(почтовый адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания и номер телефона)

дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предыдущее место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(почтовый адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | Место рождения |  | Гражданство |  |
| Документ, удостоверяющий личность: |
| Вид |  | Номер (серия) |  |
| Кем выдан |  | Дата выдачи |  |

прошу назначить мне ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву (далее – пособие), на ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, имя, отчество ребенка)

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Период прохождения отцом ребенка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество отца ребенка))

военной службы по призыву: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Период получения пособия мною (иным лицом, осуществлявшим уход за ребенком) в других в других органах социальной защиты населения:

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование органа, назначавшего и выплачивавшего пособие)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование органа, назначавшего и выплачивавшего пособие)

Дополнительные сведения о матери (в случае назначения пособия опекуну, родственнику ребенка (за исключением матери):

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Адрес места жительства |  |
| Причины оставления ребенка без попечения матери |  |

С размером, условиями и порядком назначения и выплаты пособия ознакомлен(а). Пособие на вышеуказанного ребенка мне и другим родственникам ребенка не назначено и не выплачивается. Мать ребенка родительских прав не лишена. Ребенок на полном государственном обеспечении не находится. Места жительства за пределами Российской Федерации не имею.

Предупрежден(а) об обязанности извещать орган, назначивший пособие, не позднее чем в месячный срок о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия, в том числе: прекращении осуществления ухода за ребенком, прекращении отцом ребенка военной службы по призыву (досрочном увольнении, поступлении в военное образовательное учреждение профессионального образования, заключении контракта о прохождении военной службы), а также переводе в другую воинскую часть, помещении ребенка на полное государственное обеспечение, лишении родительских прав (в случае выплаты пособия матери ребенка), прекращении опеки (в случае выплаты пособия опекуну), возобновлении матерью ухода за ребенком (в случае выплаты пособия другому родственнику ребенка или опекуну), перемене места жительства; назначении пособия другим органом социальной защиты населения. Предупрежден(а) также об ответственности за предоставление ложной информации и сокрытие данных, влияющих на право назначения пособия.

Уведомление о назначении пособия прошу выслать/не высылать (нужное подчеркнуть).

Пособие прошу перечислять через (нужное подчеркнуть):

1) организацию федеральной почтовой связи;

2) банковскую организацию.

Сообщаю реквизиты моего счета для перечисления пособия: № счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в филиале № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделения банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование банковской организации)

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Сведения о законном представителе (доверенном лице) (в случае представления заявления указанным лицом):

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Почтовый адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания |  |
| Наименование, номер (серия) документа, удостоверяющего личность, сведения о выдавшей его организации и дата выдачи |  |
| Наименование, номер (серия) документа, подтверждающего полномочия, а также сведения о выдавшей его организации и дата выдачи |  |

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что вся представленная информация является полной и достоверной.

Настоящим заявлением выражаю согласие Министерству труда и социального развития Омской области, расположенному по адресу: г. Омск, ул. Яковлева, 6, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 уполномоченному государственному учреждению Омской области,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ находящемуся в ведении Министерства труда и социального развития Омской области,

расположенному по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на обработку содержащихся в нем персональных данных,

на обработку содержащихся в нем персональных данных, в том числе их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, в целях получения государственных и муниципальных услуг.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

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

 (дата) (фамилия, инициалы заявителя) (подпись заявителя)

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата приема заявления: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_