|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 единовременного пособия беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву

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

(фамилия, имя, отчество)

проживающая 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 единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву (далее – пособие).

Период прохождения мужем, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество мужа)

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

Дата, когда беременность составила срок 180 дней: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата родов (в случае прекращения беременности на момент подачи заявления): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С размером, условиями и порядком назначения и выплаты пособия ознакомлена. Пособие мне не назначалось и не выплачивалось. Места жительства за пределами Российской Федерации не имею. Предупреждена 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, и уполномоченному государственному учреждению Омской области, находящемуся в ведении Министерства труда и социального развития Омской области и расположенному по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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