|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 женщинам,

 вставшим на учет по беременности и родам

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

 (фамилия, имя, отчество)

 проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указывается 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 единовременное пособие женщинам, вставшим на учет по

беременности и родам (далее - пособие).

 Встала на учет в медицинском учреждении в ранние сроки беременности (до

12 недель). Срок беременности (на день обращения за пособием) \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Дата окончания беременности (указывается в случае окончания

беременности на день обращения за пособием) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 С размером, условиями и порядком назначения и выплаты пособия

ознакомлена. Пособие мне не назначено и не выплачивалось. Места жительства

за пределами Омской области не имею.

 Уведомление о назначении пособия прошу выслать (не высылать) (нужное

подчеркнуть).

 Пособие прошу перечислять через (нужное подчеркнуть):

 1) организацию почтовой связи;

 Сообщаю реквизиты моего счета для перечисления пособия:

 N счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 в филиале N \_\_\_\_\_ отделения банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование банковской организации)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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, т.е. их сбор, запись,

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),

извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление,

доступ), обезличивание, блокирование, удаление, 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 \_\_\_\_\_\_