|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_