Приложение 2

к административному регламенту предоставления комитетом труда и социальной защиты населения администрации города Ставрополя государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты ветеранам труда Ставропольского края в соответствии с Законом Ставропольского края от 11 февраля 2014 г. № 8-кз «О ветеранах труда Ставропольского края»

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Комитет или МФЦ)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной выплаты

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_

Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│ │ │-│ │ │ │-│ │ │ -│ │ │,

└─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘

адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации по месту пребывания (если есть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (если есть).

Прошу установить мне ежемесячную денежную выплату (далее - ЕДВ) как

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

(указать категорию)

Прошу выплачивать установленную мне почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_

ЕДВ через: по адресу:

Кредитная организация (наименование) регистрации по месту жительства:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_, номер отделения или регистрации по

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месту пребывания (нужное обвести)

и его структурного подразделения

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │/ │ │ │ │ │ │,

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘

лицевой счет:

┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘

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

(линия отреза)

Расписка о приеме заявления и документов

Заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты и другие документы

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

(фамилия, имя, отчество заявителя в родительном падеже)

приняты специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_.\_\_.20 г.

(управление (фамилия, отчество специалиста, или МФЦ) ответственного за прием документов)

Номер в программном комплексе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приняты копии документов:

1. Документа о праве на льготы серии \_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданного \_\_.\_\_.20\_\_,

2. Документа, удостоверяющего личность, \_\_\_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выданного \_\_.\_\_.\_\_.

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Телефон для справок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Решение будет принято в течение \_\_\_\_\_ рабочих дней со дня подачи заявления.

(оборотная сторона)

Мне известно, что в соответствии с действующим законодательством гражданин, имеющий право на получение мер социальной поддержки по нескольким основаниям, может получать меры социальной поддержки только по одному из них.

Обязуюсь в десятидневный срок информировать органы социальной защиты населения об изменении статуса, дающего право на получение ЕДВ, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение ЕДВ. Я предупрежден об ответственности за представление неполных или недостоверных сведений и документов. Согласен на обработку предоставленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги.

Ранее меры социальной поддержки получал в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.»

(указать район) (указать субъект (город)) Российской Федерации)

Документ о праве на меры социальной поддержки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получал (ранее представлял) в органе социальной защиты населения,

расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) Ставропольского края

Получаю пенсию в управлении Пенсионного фонда РФ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району

(городу) Ставропольского края, ином органе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу сообщить о принятом решении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) | электронной почтой | по телефону |
|  |  |  |

Дата подачи заявления: \_\_.\_\_.20 г. Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление зарегистрировано \_\_.\_\_.20 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Принял заявление и документы: документ о праве на льготы, документ,

удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование должности специалиста, (подпись) (инициалы, фамилия)

ответственного за прием документов)

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

(линия отреза)

|  |  |
| --- | --- |
| Вам будет сообщено о принятом решении: | место для отметки: |
| почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) |  |
| электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| По телефону, указанному в заявлении |  |

Напоминаем Вам, что Вы обязаны в десятидневный срок информировать орган социальной защиты населения об изменении статуса, дающего право на получение государственной услуги, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение выплаты. При непредставлении указанных сведений или их несвоевременном представлении Вы обязаны возвратить излишне выплаченные Вам суммы.

Дата выдачи расписки \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_.

Подпись специалиста, ответственного за прием документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_