Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

**СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

**от 23 января 2012 г. N 9**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ**

**ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ И ПОРЯДКА ПРОВЕРКИ СВЕДЕНИЙ, ИЗЛОЖЕННЫХ**

**В ЗАЯВЛЕНИИ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ**

(в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4822DAD61DFBA55EE3CEBD0C122FC1DE4BD05AE7DC2268D7C202801499C905114P4eBQ) министерства труда и социальной защиты

населения Ставропольского края от 21.04.2014 N 262)

В соответствии с [пунктом 4](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4822DAD61DFBA55EE3CE4DDC023F21DE4BD05AE7DC2268D7C202801499C90511CP4eFQ) Порядка осуществления ежемесячных денежных выплат, установленных законами Ставропольского края "О мерах социальной поддержки жертв политических репрессий" и "О мерах социальной поддержки ветеранов", утвержденного постановлением Правительства Ставропольского края от 21 января 2009 г. N 4-п (с изменениями, внесенными постановлениями Правительства Ставропольского края от 29 января 2010 г. N 25-п и от 13 октября 2011 г. N 403-п), приказываю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. [Форму](#Par44) заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты.

1.2. [Порядок](#Par172) проверки сведений, изложенных в заявлении о назначении ежемесячной денежной выплаты.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Мамонтову Е.В.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр

Л.Л.ШАГИНОВА

Утверждено

приказом

министерства социального

развития и занятости населения

Ставропольского края

от 23 января 2012 г. N 9

(в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4822DAD61DFBA55EE3CEBD0C122FC1DE4BD05AE7DC2268D7C202801499C905115P4eCQ) министерства труда и социальной защиты

населения Ставропольского края от 21.04.2014 N 262)

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

(наименование органа труда и СЗН 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 N \_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выданного \_\_.\_\_.\_\_.

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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 ежемесячной

денежной выплаты, 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,

расположенный 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. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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, продлении инвалидности, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Утвержден

приказом

министерства социального

развития и занятости населения

Ставропольского края

от 23 января 2012 г. N 9

**ПОРЯДОК**

**ПРОВЕРКИ СВЕДЕНИЙ, ИЗЛОЖЕННЫХ В ЗАЯВЛЕНИИ**

**О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ**

(в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4822DAD61DFBA55EE3CEBD0C122FC1DE4BD05AE7DC2268D7C202801499C905115P4eFQ) министерства труда и социальной защиты

населения Ставропольского края от 21.04.2014 N 262)

1. Настоящий Порядок проверки сведений, изложенных в заявлении о назначении ежемесячной денежной выплаты, разработан в соответствии с [постановлением](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4822DAD61DFBA55EE3CE4DDC023F21DE4BD05AE7DC2268D7C202801499C905112P4e6Q) Правительства Ставропольского края от 21 января 2009 г. N 4-п "О мерах по реализации законов Ставропольского края "О мерах социальной поддержки ветеранов" и "О мерах социальной поддержки жертв политических репрессий" и определяет сроки и последовательность действий органов по труду и социальной защите населения администраций муниципальных районов и городских округов Ставропольского края при поступлении заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты (далее соответственно - органы соцзащиты, заявление) в форме электронного документа.

2. Орган соцзащиты, в который поступило заявление (далее - потребитель), осуществляет проверку сведений, изложенных в заявлении, путем сравнения их со сведениями об удостоверении (свидетельстве), подтверждающем право на меры социальной поддержки (далее - удостоверение), имеющимися в органе соцзащиты, или с указанными сведениями, поступившими от другого органа соцзащиты (далее - поставщик) в порядке межведомственного информационного взаимодействия.

3. В случае отсутствия у потребителя информации об удостоверении потребитель в течение 1 рабочего дня со дня поступления заявления направляет поставщику [запрос](#Par212) сведений о выданном заявителю (имеющемся у заявителя) удостоверении (далее - запрос) по форме согласно приложению 1.

4. Поставщик при получении [запроса](#Par212) в течение 2 рабочих дней направляет ответ, содержащий [сведения](#Par275) о выданном заявителю (имеющемся у заявителя) удостоверении (далее - ответ) по форме согласно приложению 2.

5. Потребитель и поставщик направляют [запрос](#Par212) и ответ в электронном виде (электронные документы) в соответствии с [Указом](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4942EC13FD5BC56B030ECD7CF74A642BFE052PAe7Q) Президента Российской Федерации от 17 марта 2008 г. N 351 "О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена", [постановлением](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4942EC13FD5BC5DB732E9D3CF74A642BFE052PAe7Q) Правительства Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. N 1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных" и положениями приказов Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 11.02.2013 [N 17](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4942EC13FD5BC5AB731E4D1CF74A642BFE052PAe7Q) "Об утверждении Требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах" и от 18.02.2013 [N 21](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4942EC13FD5BC5AB634EED5CF74A642BFE052PAe7Q) "Об утверждении состава и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных".

(в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=9FBB0FFE65D34B9C6C7FF4822DAD61DFBA55EE3CEBD0C122FC1DE4BD05AE7DC2268D7C202801499C905115P4eFQ) министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 21.04.2014 N 262)

Передача электронных документов производится с использованием сертифицированных криптографических средств защиты передаваемой информации по открытым каналам передачи данных (VIPNet[Клиент]).

6. При непоступлении [сведений](#Par275) от поставщика в течение 3 рабочих дней со дня направления [запроса](#Par212) сведения, изложенные в [заявлении](#Par44), считаются достоверными. В случае выявления недостоверности сведений, изложенных в [заявлении](#Par44), в дальнейшем всю полноту ответственности, включая возмещение излишне выплаченных средств, несет поставщик, задержавший ответ.

Приложение 1

к Порядку

предоставления сведений, изложенных

в заявлении о назначении ежемесячной

денежной выплаты, утвержденному

приказом министерства социального

развития и занятости населения

Ставропольского края

от 23 января 2012 г. N 9

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

│Штамп органа по труду и СЗН │\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│

│или МФЦ │ (наименование органа по труду и СЗН) │

│ │\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│

│ │\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│

│ │ │

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Запрос

сведений о выданном заявителю (имеющемся у заявителя)

документе, подтверждающем право на ежемесячную денежную

выплату, установленную пунктом \_\_\_\_ Закона

Ставропольского края "О мерах социальной поддержки

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

Сведения о заявителе:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Адрес места жительства | Паспорт | | | |
| серия | номер | дата выдачи | кем выдан |
|  |  |  |  |  |  |  |

Срок ответа на запрос: до \_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_.

Ответ следует направить специалисту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., имеющего адрес в VIPNet)

Основание запроса: приказ министерства социального развития и занятости

населения Ставропольского края от 23.01.2012 N 9.

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

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

подготовившего запрос)

тел. исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, его e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

принимающего решение о

назначении ЕДВ)

Приложение 2

к Порядку

предоставления сведений, изложенных

в заявлении о назначении ежемесячной

денежной выплаты, утвержденному

приказом министерства социального

развития и занятости населения

Ставропольского края

от 23 января 2012 г. N 9

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

│Штамп органа по труду и СЗН│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│

│ │(наименование органа по труду и СЗН или МФЦ) │

│ │\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│

│ │\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения

о выданном заявителю (имеющемся у заявителя) документе,

подтверждающем право на ежемесячную денежную выплату,

установленную пунктом \_\_\_\_ Закона Ставропольского края

"О мерах социальной поддержки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

Сведения о заявителе:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Адрес места жительства | Паспорт | | | |
| серия | номер | дата  выдачи | кем выдан |
|  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о документе, подтверждающем право

на ежемесячную денежную выплату:

Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание выдачи

документа (если есть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(N, дата постановления ГСК (решения комиссии,

документа о работе в годы ВОВ))

Основания для предоставления сведений:

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

(N записи в журнале выдачи..., личное дело)

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

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

ответственного за предоставление

сведений)

тел. исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, его e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

принимающего решение о

назначении ЕДВ)