Руководителю управления

 (отдела) социальной

 защиты населения администрации

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. заявителя, адрес проживания)

 телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении ежемесячной доплаты

 к пенсии по случаю потери кормильца

 детям военнослужащих, сотрудников

 органов внутренних дел

 (далее - ежемесячная доплата)

 Прошу назначить мне ежемесячную доплату.

 Ежемесячную доплату прошу:

 1. Перечислить на мой счет (счет по вкладу/счет банковской карты)

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐\_┌─┐┌─┐

 N └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘,

 открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование кредитной организации)

 2. Выплатить через отделение федеральной почтовой связи N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  N  |  Наименование  документа  | Количество (шт.)  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Итого приложений на \_\_\_\_\_ листах.

 Согласен (-на) на обработку персональных данных в объеме, необходимом

для предоставления государственной услуги.

 Достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

Мне известно, что в соответствии с действующим законодательством сумма

ежемесячной компенсационной выплаты, излишне выплаченная получателю

вследствие представления им документов с заведомо неверными сведениями,

сокрытия данных, влияющих на право получения ежемесячной компенсационной

выплаты или на исчисление ее размера, возмещается получателем, а в случае

спора - взыскивается в судебном порядке.

 Ф.И.О. заявителя подпись дата

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

 Принял документы

 Дата Ф.И.О. специалиста подпись специалиста

---------------------------------------------------------------------------

 Линия отрыва

 Расписка о принятии документов

 Заявление и документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 принял (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование должности лица, принявшего документы, ФИО,

 подпись, дата)