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)