Управление социальной защиты населения администрации Еманжелинского муниципального района

от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя) паспорт: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированной (ого) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ИНН заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

СНИЛС заявителя,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон (с указанием кода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу назначить мне пособие на ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью) (дата рождения ребенка)

Сообщаю, что (нужное отметить галочкой):

\_\_\_ - с отцом ребенка в браке;

\_\_\_ - брак расторгнут;

\_\_\_ - в брак не вступала;

\_\_\_ - я являюсь опекуном этого ребенка.

Пособие ранее назначалось, не назначалось. (нужное подчеркнуть)

Состав семьи, учитываемый при назначении ежемесячного пособия на ребенка:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Фамилия, имя, отчество члена семьи | Дата рождения | Степень родства |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

**Я, действующий(щая) за себя и от имени своих несовершеннолетних детей, супруга(ги) в соответствии с требованиями** [**статьи 9**](garantF1://12048567.9) **Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку оператором моих (детей, супруга(ги) персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью предоставления государственной услуги- пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет, предоставление которых регламентировано Административными регламентами предоставления государственных услуг утвержденных постановлением Правительства Челябинской области и иными нормативными актами**

**Правильность сообщаемых сведений подтверждаю.**

Для назначения ежемесячного пособия представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N  п/п | Наименование документов | Колво |
| 1. | Копия документа, удостоверяющего личность |  |
| 2. | Копия свидетельства о рождении ребенка (детей) |  |
| 3. | Документы о месте жительства (месте пребывания) на территории Челябинской области и о составе семьи (акт обследования) |  |
| 4. | Решение суда об усыновлении ребенка |  |
| 5. | Справка об учебе в общеобразовательном учреждении ребенка (детей) старше шестнадцати лет по очной форме обучения |  |
| 6. | Копия акта органа опеки и попечительства об установлении над ребенком опеки (при обращении опекуна) |  |
| 7. | Справка о неполучении пособия отдельно проживающим родителем |  |
| 8. | Документы, подтверждающие доход каждого члена семьи за последние три месяца, предшествующих месяцу обращения заявителя, для определения среднедушевого дохода семьи, дающего право на получение государственной услуги |  |
|  | Дополнительно представляю следующие документы: |  |
| 9. | Иные документы в соответствии с [пунктами 11 - 14](#sub_10511) настоящего Административного регламента |  |

Обязуюсь сообщить не позднее чем в десятидневный срок о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия (установление отцовства, усыновление ребенка, лишение родительских прав, определение ребенка на полное государственное обеспечение, изменение доходов семьи, выезд за пределы района, прекращение розыска должника и другие обстоятельства).

Я предупрежден(а) о полной материальной ответственности в случае представления недостоверных сведений о составе семьи и размере дохода семьи

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Обязуюсь своевременно извещать орган социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия

Прошу перечислить пособие через:

Коркинское отделение 8597/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сбербанка России

НА СЧЕТ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты банка: БИК 047501602 ИНН 7707083893 КПП 741202001

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Специалист управления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

социальной защиты населения