

Перечень членов семьи

№ пп	Ф.И.О. члена семьи	Степень родства

Расписка получателя

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

ознакомлен(а) с Порядком осуществления ежемесячной денежной компенсации членам семей _____ и родителям погибшего (умершего) инвалида, военнослужащего или гражданина призванного _____ на военные сборы.

Подтверждаю, что у _____ нет других

(Ф.И.О. погибшего (умершего) инвалида, военнослужащего или
гражданина призванного на военные сборы)

членов семьи (кроме указанных выше), имеющих право на получение данных компенсационных выплат.

Обязуюсь в течение 7 дней сообщить об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты.

Подтверждаю, что выплата иных компенсаций, пособий в возмещение вреда причиненного здоровью, по тем же основаниям, но в соответствии с иными федеральными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации мне не производится.

С порядком возвращения излишне полученных сумм (возврат в добровольном порядке на счет государственного казенного учреждения Рязанской области "Управление социальной защиты населения Рязанской области" либо взыскание на основании решения суда) ознакомлен (а).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных" и Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" я даю согласие на хранение, обработку, сбор и передачу моих персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

Дата	Подпись Заявителя	Дата приема заявления	Ф.И.О. специалиста	Подпись специалиста

-----Линия отреза-----

<p>Расписка-уведомление о принятии комплекта документов для назначения ежемесячной денежной компенсации</p>		
<p>В целях назначения ежемесячной денежной компенсации отделом государственного казенного учреждения Рязанской области "Управление социальной защиты населения</p>		
<p>Рязанской области" у Заявителя _____</p>		
<p>приняты документы в количестве: _____ (указать фамилию, имя, отчество) _____ шт.</p>		
<p>Регистрационный номер заявления</p>	<p>Дата приема заявления</p>	<p>Подпись специалиста</p>