

В отдел по \_\_\_\_\_ государственного казенного учреждения  
Рязанской области “Управление социальной защиты населения Рязанской области”,  
расположенный по адресу: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**(регистрационный номер)**

**О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ РОДИТЕЛЯМ**

(указать фамилию, имя, отчество погибшего военнослужащего, сотрудника органов внутренних дел)

Фамилия, имя, отчество заявителя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия, номер документа \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату на основании ст. 27 Закона Рязанской области от 21.12.2016 г. № 91-ОЗ “О мерах социальной поддержки населения Рязанской области” как родителю погибшего военнослужащего или сотрудника органов внутренних дел.

Причитающую мне долю (указывается в дробном исчислении) \_\_\_\_\_ суммы  
ежемесячной денежной выплаты прошу перечислять

в отделение почтовой связи по месту жительства № \_\_\_\_\_

на лицевой счет в банковском учреждении:

наименование банка \_\_\_\_\_ номер филиала \_\_\_\_\_

номер лицевого счета по вкладу или банковской карте

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись члена семьи \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество второго родителя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия, номер документа \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Согласен причитающую мне долю (указывается в дробном исчислении) \_\_\_\_\_ суммы

ежемесячной денежной выплаты перечислять имя \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество первого родителя

в отделение почтовой связи по месту жительства № \_\_\_\_\_

на лицевой счет в банковском учреждении:

наименование банка \_\_\_\_\_ номер филиала \_\_\_\_\_

номер лицевого счета по вкладу или банковской карте

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись члена семьи \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю следующие документы **(ОТМЕТИТЬ НЕОБХОДИМОЕ)**

- 1) паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, гражданство, место жительства;
- 2) справка о составе семьи;
- 3) свидетельство о рождении погибшего военнослужащего, сотрудника органов внутренних дел (для родителей);
- 4) документы, подтверждающие факт гибели военнослужащего, сотрудника органов внутренних дел в районах боевых действий (в плену в районах боевых действий) или факт смерти военнослужащего, сотрудника органов внутренних дел, наступившей вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при исполнении обязанностей военной службы, службы в органах внутренних дел в районах боевых действий; факт признания гражданина безвестно отсутствующим в связи с военными действиями:
  - а) факт гибели военнослужащего в районах боевых действий (в плену в районах боевых действий) подтверждается одним из следующих документов:
    - выписка из приказа командира воинской части об исключении из списка личного состава в связи со смертью в ходе боевых действий (в плену в районах боевых действий);
    - извещение о гибели в ходе боевых действий (в плену в районах боевых действий), выдаваемое Министерством обороны Российской Федерации;
    - справка Министерства обороны Российской Федерации о факте гибели в районах боевых действий (в плену в районах боевых действий);
  - б) факт гибели сотрудника органов внутренних дел в районах боевых действий (в плену в районах боевых действий) подтверждается справкой управления внутренних дел по Рязанской области, выданной членам семьи сотрудника органов внутренних дел, погибшего в Северо-Кавказском регионе при исполнении служебного долга;
  - в) факт смерти военнослужащего, сотрудника органа внутренних дел в районах боевых действий (в плену в районах боевых действий) во время прохождения военной службы, службы в органах внутренних дел либо позднее, но вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при исполнении обязанностей военной службы, службы в органах внутренних дел в районах боевых действий, подтверждается одним из следующих документов:
    - справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы об установлении причины инвалидности с формулировкой “военная травма” или причины инвалидности с формулировкой “заболевание получено в период военной службы”;
    - свидетельство о смерти с указанием, что смерть наступила в районах боевых действий;
    - решение суда о признании гражданина умершим;
  - г) факт признания военнослужащего, сотрудника органов внутренних дел безвестно отсутствующим подтверждается соответствующим решением суда.

Заполняется в случае подачи заявления Представителем заявителя	Представитель Заявителя _____ (фамилия, имя, отчество)
	Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____
	Наименование органа, выдавшего паспорт _____
	Наименование и реквизиты иного документа, удостоверяющего личность _____
	Адрес места жительства: _____
	Полномочия Представителя Заявителя подтверждены _____
	(указать наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия)
Число, месяц, год _____	Подпись Представителя Заявителя _____

## Расписка получателя

Я, \_\_\_\_\_,  
(указать фамилию, имя, отчество)

ознакомлен(а) с Порядком осуществления ежемесячной денежной выплаты членам семей и родителям погибших военнослужащих и сотрудников органов внутренних дел. Обязуюсь в течение 7 дней сообщить об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты.

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, указанных в настоящем заявлении, с целью получения ежемесячной денежной выплаты.

Данное согласие действует на период назначения и осуществления ежемесячной денежной выплаты.

В случае отзыва настоящего согласия обязуюсь предоставить заявление с указанием причины и даты прекращения действия согласия.

Дата приема заявления	Подпись специалиста

<b>Линия отреза</b> <b><u>Расписка-уведомление</u></b> (выдается на руки заявителю) <b>о принятии заявления и документов для назначения ежемесячной денежной выплаты</b>
(указать фамилию, имя, отчество, категорию получателя мер социальной поддержки)
Регистрационный номер заявления                      Дата приема заявления                      Подпись специалиста