

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

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