

В отдел по _____ району государственного казенного учреждения Рязанской области "Управление социальной защиты населения Рязанской области", расположенный по адресу:

В ГБУ МФЦ Рязанской области по _____ району расположенный по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
(регистрационный номер)

О НАЗНАЧЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЕЖЕМЕСЯЧНОГО МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес _____

Наименование документа, удостоверяющего личность	
Серия, номер документа	
Кем выдан	
Дата выдачи	
Дата рождения	

Прошу назначить дополнительное ежемесячное материальное обеспечение на основании ст. 28 Закона Рязанской области от 21.12.2016 г. № 91-ОЗ "О социальной поддержки" и Постановления Правительства Рязанской области от 18.07.2006 г. № 176 "Об утверждении Порядка начисления и выплаты дополнительного ежемесячного материального обеспечения некоторым категориям граждан, проживающим на территории Рязанской области" по категории (необходимое отметить)

- инвалиду ВОВ,
 участнику ВОВ,
 бывшему несовершеннолетнему узнику концлагеря, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны,
 военнослужащему, проходившему службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 г. по 3 сентября 1945 г. не менее шести месяцев, военнослужащему, награжденному орденами или медалями СССР за службу в указанный период,
 вдове погибшего военнослужащего,
 вдове умершего инвалида ВОВ,
 лицу, награжденному знаком "Жителю блокадного Ленинграда",
 бывшему совершеннолетнему узнику нацистских концлагерей, тюрем и гетто

Причитающуюся мне сумму ежемесячной денежной выплаты прошу перечислять (отметить необходимое)

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

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

Для назначения выплаты прилагаю следующие документы:

документ, содержащий сведения о регистрации заявителя по месту жительства (пребывания) (представляется по инициативе заявителя);

документы, подтверждающие принадлежность к категориям граждан, установленных **статьей 28** Закона Рязанской области от 21.12.2016 г. № 91-ОЗ “О социальной поддержки” (удостоверение, справка) (представляются по инициативе заявителя).

Заполняется в случае подачи заявления Представителем Заявителя	Представитель Заявителя
	(фамилия, имя, отчество)
	Паспорт: _____ номер _____ дата _____ серия _____ 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 начисления и выплаты дополнительного ежемесячного материального обеспечения некоторым категориям граждан, проживающим на территории Рязанской области согласно Постановлению Правительства Рязанской области от 18.07.2006 г. № 176.

Обязуюсь в течение 7 дней сообщить об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты (перемена места жительства).

С порядком возвращения излишне полученных сумм ознакомлен(а) (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 дополнительного ежемесячного материального обеспечения.

Данное согласие действует на период назначения и осуществления дополнительного ежемесячного материального обеспечения.

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

Дата	Подпись заявителя	Дата приема заявления	Подпись специалиста

_____ Линия отреза _____

<u>Расписка-уведомление</u> (выдается на руки заявителю) о принятии заявления о назначении дополнительного ежемесячного материального обеспечения		
(указать фамилию, имя, отчество, категорию получателя мер социальной поддержки)		
Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Подпись специалиста