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

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
(регистрационный номер)
о назначении ежемесячной денежной компенсации членам семьи

_____
(указать фамилию, имя, отчество погибшего (умершего) инвалида, военнослужащего или гражданина призванного на военные сборы)

Прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию на основании Федерального закона № 306-ФЗ от 07.11.2011 “О денежном довольствии военнослужащих и предоставлении им отдельных выплат”.

☐ вдова (вдовец) _____

Адрес места жительства:_____

_____

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

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров

Причитающуюся мне сумму ежемесячного дополнительного пособия прошу перечислять

☐ в отделение почтовой связи по месту жительства N _____

☐ на лицевой счет в банковском учреждении:

наименование банка _____ номер филиала _____,

номер лицевого счета по вкладу или банковской карте

Дата Подпись заявителя

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

☐ несовершеннолетние дети

1. Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Адрес места жительства _____

Свидетельство о рождении _____

Серия, номер документа _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Адрес места жительства _____

Свидетельство о рождении _____

Серия, номер документа _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____

В интересах несовершеннотних детей заявление оформлено родителем.
К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров

Причитающуюся мне сумму ежемесячного дополнительного пособия прошу перечислять

☐ в отделение почтовой связи по месту жительства N _____

☐ на лицевой счет в банковском учреждении:

наименование банка _____ номер филиала _____ ,
номер лицевого счета по вкладу или банковской карте

Дата Подпись заявителя

☐ дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес места жительства _____

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

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров

Причитающуюся мне сумму ежемесячного дополнительного пособия прошу перечислять

☐ в отделение почтовой связи по месту жительства N _____

☐ на лицевой счет в банковском учреждении:

наименование банка _____ номер филиала _____ ,
номер лицевого счета по вкладу или банковской карте

Дата Подпись заявителя

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

☐ дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме обучения
Фамилия, имя, отчество _____

Адрес места жительства _____

Окончание срока обучения _____

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

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров

Причитающуюся мне сумму ежемесячного дополнительного пособия прошу перечислять

☐ в отделение почтовой связи по месту жительства N _____

☐ на лицевой счет в банковском учреждении:

наименование банка _____ номер филиала _____ ,
номер лицевого счета по вкладу или банковской карте

Дата Подпись заявителя

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

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 оциальной 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----------

Расписка-уведомление
о принятии комплекта документов для назначения ежемесячной денежной компенсации

В целях назначения ежемесячной денежной компенсации отделом государственного казенного учреждения Рязанской области "Управление социальной защиты населения

Рязанской области у Заявителя _____

(указать фамилию, имя, отчество)

приняты документы в количестве: _____ шт.

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Подпись специалиста