

**В территориальный орган
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
на предоставление государственной услуги**

Я, _____
дата рождения _____
место жительства _____
место пребывания _____
место проживания _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____ СНИЛС _____

**Заполняется в случае недееспособности лица, имеющего право на получение
государственной услуги.**

как законный представитель гражданина _____
дата рождения _____,
место жительства _____,
место пребывания _____
место проживания _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____ СНИЛС _____
от имени подопечного:

прошу назначить ежегодную денежную выплату

по категории _____

(нужное указать - «Почетный донор СССР», «Почетный донор России»)

ранее ежегодную денежную выплату: получал/ не получал (нужное подчеркнуть)

_____ (если получал, указать когда и где)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление и документы на предоставление ежегодной денежной выплаты гр. _____
поступившие _____

(от заявителя лично, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность)			
телефон _____			
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Дата получения результата предоставления государственной услуги	Подпись специалиста

2. Прошу денежные средства перечислять: _____

(кредитная организация или почта)

3. Уведомление о принятом решении прошу _____

(выдать на руки, направить почтовым отправлением, по электронной почте)

4. Уведомлен, что за сообщение умышленно недостоверных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Со статьей 159.2 «Мошенничество при получении выплат» Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен (а).

5. Обязуюсь, при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежегодной денежной выплаты **в течение одного месяца сообщить** о них в территориальные органы социальной защиты населения, осуществляющие предоставление выплаты по месту жительства.

6. Даю согласие территориальному органу Департамента социальной защиты населения Ивановской области, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру предоставления государственных и муниципальных услуг на обработку моих персональных данных, персональных данных подопечного (*нужное подчеркнуть*), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу в Департамент социальной защиты населения Ивановской области), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне государственной услуги.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в заявлении и представленных документах.

Согласие действует с момента подачи настоящего заявления до моего письменного отзыва данного согласия.

7. Уведомлен о том, что в целях реализации права на получение компенсационных выплат сведения обо мне, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты РФ, Министерству здравоохранения РФ, Министерству финансов РФ.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (<i>нужное подчеркнуть</i>) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

(линия отреза)

Получатель выплаты при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежегодной денежной выплаты **в течение одного месяца обязан сообщить** о них в территориальные органы социальной защиты населения, осуществляющие предоставление выплаты по месту жительства.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги

Перечень документов, необходимых для назначения ежегодной денежной выплаты	Количе ство докумен тов (шт.)	Дата получения документа органом, ведущим прием документов
Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя		
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя (и его копия)		
2. Удостоверение о награждении нагрудным знаком «Почетный донор России» или «Почетный донор СССР» (и его копия), (в случае утраты гражданином удостоверения, дающего право на ежегодную денежную выплату, - дубликат удостоверения и его копия)		

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежегодной денежной выплаты сформирован:

« ____ » _____ 20 ____ года

(подпись специалиста)

(линия отреза)

Напоминаем, что при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления государственной услуги (изменение места жительства, утрата получателем статуса, смене паспорта, номера счета в кредитной организации и других обстоятельствах, влекущих прекращение права на выплату), **обязан в течение месяца с момента возникновения указанных обстоятельств сообщить** о них в органы социальной защиты населения по месту жительства.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Журнал запрошенных консультаций

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Контактный телефон	Содержание обращения	Ответ дан по телефону / в письменном виде	Ф.И.О. должностного лица, давшего ответ	Дата представления ответа*
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*При желании заявителя получить консультацию по телефону, консультирование осуществляется не позднее дня, следующего за днем обращения за консультацией. При желании заявителя получить консультацию в письменном виде, консультирование осуществляется письменно в течение 5 рабочих дней со дня обращения за консультацией.

Журнал регистрации обращений граждан

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Содержание обращения	Результат	Требует ли обращение письменного ответа	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8

Журнал предварительной записи граждан

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Дата приема	Время приема	Номер кабинета	Причина обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 6
к Административному регламенту

_____ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
о назначении ежегодной денежной выплаты**

В соответствии с Федеральным законом от 20.07.2012 № 125 –ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»:

Гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер персонального дела _____

зарегистрированному по адресу: _____

назначить ежегодную денежную выплату по категории: _____

(нужное указать -- «Почетный донор СССР» либо «Почетный донор России»)

с _____ 20 _____ года

в размере _____ руб.

Направление выплаты _____
(почта или кредитная организация)

М.П. **Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений** _____
(ФИО)

Руководитель филиала ОГКУ _____
(ФИО)

Решение подготовил _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Уведомление о принятом решении

(Ф.И.О.)

(Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов принято решение о назначении Вам ежегодной денежной выплаты по категории «Почетный донор _____» с _____ в размере _____ руб. Выплату можно получить

(почта или кредитная организация)

Обращаем Ваше внимание, что при возникновении обстоятельств, влияющих на изменение в предоставлении ежегодной денежной выплаты, Вы обязаны **в течение одного месяца** сообщить о них в территориальные органы социальной защиты населения по месту жительства.

**Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений** _____ / _____ / _____

Приложение 7
к Административному регламенту

(наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
об отказе в назначении ежегодной денежной выплаты**

В соответствии с Федеральным законом от 20.07.2012 № 125 –ФЗ «О донорстве крови и ее
компонентов»:

Гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)
зарегистрированному по адресу: _____

отказать в назначении ежегодной денежной выплаты.

Основания отказа: _____

М.П.	Руководитель территориального органа социальной защиты населения или лицо, уполномоченное на принятие решений	_____	_____
		(ФИО)	
	Руководитель филиала ОГКУ	_____	_____
		(ФИО)	

Решение подготовил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Уведомление о принятом решении

(Ф.И.О.)

(Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов в соответствии с Федеральным законом от 20.07.2012 № 125 –ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»:

принято решение об отказе в назначении Вам ежегодной денежной выплаты.

Основания отказа _____

Информируем:

Решение может быть обжаловано в досудебном (внесудебном) и судебном порядке.

Телефон руководителя территориального органа социальной защиты населения

Дополнительная информация о мерах социальной поддержки размещена на Региональном портале государственных и муниципальных услуг (функций) Ивановской области rgu.ivanovoobl.ru и на сайте Департамента социальной защиты населения Ивановской области – szn.ivanovoobl.ru.

Телефон бесплатной горячей линии Департамента социальной защиты населения Ивановской области: 8-800-100-16-60.

**Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений**

_____ / _____ / _____ /

Журнал
регистрации решений о прекращении предоставления
ежегодной денежной выплаты
(рекомендуется вести в электронном виде)

№ п/ п	Ф.И.О. получателя	Адрес получателя	Дата и номер решения о предоставлении выплат	Дата принятия решения о прекращении / срок (с...) / прекращения предоставления выплаты	Причина прекращения	Дата доведения до сведения получателя решения о прекращении предоставления выплат
1	2	3	4	5	6	7

_____ (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
об изменении размера ежегодной денежной выплаты**

В соответствии _____
(наименование нормативного-правового акта)

гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер персонального дела _____

зарегистрированному по адресу: _____

назначить ежегодную денежную выплату по категории «Почетный донор _____»
(нужное указать: «Почетный донор СССР» либо «Почетный донор России») с _____ 20__ года

в размере _____ руб.

Направление выплаты _____
(почта или кредитная организация)

**М.П. Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений** _____
(ФИО)
Руководитель филиала ОГКУ _____
(ФИО)

Решение подготовил _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)

(линия отреза)

_____ (наименование органа)

РЕШЕНИЕ от _____ № _____
**о выплате ежегодной денежной выплаты,
причитающейся гражданину и не полученной им при жизни**

В соответствии _____
(наименование нормативного правового акта)

Гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер персонального дела _____

зарегистрированному по адресу: _____

выплатить ежегодную денежную выплату, назначенную решением от _____ № _____,
гражданину _____
(фамилия, имя, отчество умершего получателя)

номер персонального дела _____

зарегистрированному на момент смерти по адресу: _____

и не полученную им при жизни, за период с _____ 20__ года по _____ 20__ года
в размере _____ руб.

Направление выплаты _____
(почта или кредитная организация)

М.П. **Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений** _____
ФИО

Руководитель филиала ОГКУ _____
ФИО

Решение подготовил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Уведомление о принятом решении

_____ (Ф.И.О.)

_____ (Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов **принято решение о
выплате ежегодной денежной выплаты, причитающейся гражданину**
_____ и не полученной им при жизни, в размере _____ руб.

Выплату можно получить _____
(почта или кредитная организация и в какой срок)

**Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений** _____ / _____ /

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выплате ежегодной денежной выплаты,
причитающейся гражданину и не полученной им при жизни**

Я, _____
дата рождения _____
место жительства _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____
1. Прошу выплатить ежегодную денежную выплату, назначенную гражданину _____,
(фамилия, имя, отчество умершего получателя)
умершему _____ 20 ____ года, зарегистрированному на момент смерти по адресу:

и не полученную им при жизни, за период с _____ 20 ____ года по _____ 20 ____ года

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление и документы на предоставление ежегодной денежной выплаты причитающейся гражданину и не полученной им при жизни от гр. _____
поступившие _____
(от заявителя лично, посредством почтовой связи, по электронной почте)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность) телефон _____			
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Дата получения результата предоставления государственной услуги	Подпись специалиста

2. Информую, что, кроме того, совместно с умершим гр. _____ на момент его смерти были зарегистрированы:

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Степень родства	Контактный телефон

Сведения о нетрудоспособных иждивенцах умершего, проживающих по другому адресу:

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Степень родства	Адрес места жительства	Контактный телефон

3. Для назначения выплаты представляю документы согласно приложению к заявлению.

4. Прошу денежные средства перечислить: _____
(почта или кредитная организация)

5. Уведомление о принятом решении прошу _____
(выдать на руки, направить почтовым отправлением, по электронной почте)

6. Даю согласие территориальному органу Департамента социальной защиты населения Ивановской области, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения», многофункциональному центру предоставления государственных и муниципальных услуг на обработку моих персональных данных, персональных данных подопечного (*нужное подчеркнуть*), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу в Департамент социальной защиты населения Ивановской области), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления мне государственной услуги.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в заявлении и представленных документах.

Согласие действует с момента подачи настоящего заявления до моего письменного отзыва данного согласия.

7. Уведомлен о том, что в целях реализации права на получение компенсационных выплат сведения обо мне, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты РФ, Министерству финансов Российской Федерации. Со статьей 159.2 «Мошенничество при получении выплат» Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен (а).

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (<i>нужное подчеркнуть</i>) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

**В территориальный орган
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на изменение выплатных реквизитов**

Я, _____
дата рождения _____
место жительства _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____

прошу ежегодную денежную выплату перечислять _____

(почта или кредитная организация)

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (нужное подчеркнуть) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление на **изменение выплатных реквизитов** на предоставление ежегодной денежной выплаты гр. _____

поступившие _____
(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность)		
телефон _____		
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Подпись специалиста

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

№ _____ от _____

(Ф.И.О. получателя)

(адрес)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о взыскании сумм ежегодной денежной выплаты,
излишне выплаченной получателю

Уважаемый(ая)

(имя, отчество заявителя указываются полностью)

В соответствии с _____
(указать ссылку на нормативный правовой акт)

в связи с _____
(указать события, повлекшие утрату права на выплату)

сумма излишне полученной Вами ежегодной денежной выплаты за период с
_____20__ года по _____20__ года подлежит возврату в доход бюджета.

Предлагаем Вам добровольно возвратить денежные средства в сумме
_____ руб. (_____)
(сумма прописью)

по указанным ниже реквизитам в течение месяца с момента получения данного
уведомления и предоставить квитанции об оплате по адресу:
_____ ул. _____, дом _____, каб. _____

Реквизиты для перечисления:

Наименование получателя платежа: _____

УФК _____ л/сч _____

ИНН _____ КПП _____

ОКАТО _____

номер счета получателя платежа (р/сч): _____

Наименование банка: ГРКЦ ГУ Банка России по Ивановской обл.

БИК _____

возврат ежегодной денежной выплаты на КБК _____

В случае отказа от добровольного возврата указанной суммы

(наименование территориального органа социальной защиты населения)

будет производить взыскание в судебном порядке.

Разъяснения по форме и сроку оплаты Вы можете получить по вышеуказанному
адресу или по телефону: _____.

**Руководитель территориального органа
социальной защиты населения** _____/_____

Приложение к заявлению
о выплате ежегодной денежной выплаты,
причитающейся гражданину и не полученной им при жизни

**Перечень документов, необходимых для
получения ежегодной денежной выплаты, причитающейся гражданину и не полученной
им при жизни**

Перечень документов	Количество документов (шт.)
Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя	
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность члена семьи или нетрудоспособного иждивенца умершего получателя	
если обращение последовало в течение 4 месяцев со дня смерти лица, имевшего право на ежегодную денежную выплату	
В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя
Свидетельство о смерти получателя	
Документы, подтверждающие родственные отношения с умершим получателем (свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака)	
Письменное согласие всех членов семьи о выплате недополученной суммы ежегодной денежной выплаты одному из них и документы, подтверждающие наличие согласия членов семьи или их законных представителей на обработку их персональных данных и полномочие заявителя действовать от имени указанных лиц или их законных представителей при передаче персональных данных указанных лиц - в случае обращения за указанной суммой нескольких членов семьи и принятии ими решения о выплате одному из них	
если обращение последовало позже 4 месяцев со дня смерти лица, имевшего право на ежегодную денежную выплату	
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя	
Свидетельство о смерти получателя	
Свидетельство о праве на наследство на недополученную в связи со смертью получателя сумму ежегодной денежной выплаты	

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении ежегодной денежной выплаты сформирован:

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись специалиста)

