|  |
| --- |
| **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/ неполучал (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.Уведомлениео принятом решении прошу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(выдать на руки, направить почтовым отравлением, 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 получениекомпенсационных 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 (нужное подчеркнуть) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 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) |

 Приложение 1 к заявлению

на предоставление государственной услуги

**Перечень документов, необходимых для предоставления**

**государственной услуги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень документов, необходимых для назначения** **ежегодной денежной выплаты** | **Количество** **документов****(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 п**ри возникновении обстоятельств, влекущих прекращение предоставление 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) |