Приложение 11

к Закону Липецкой области

"О социальных, поощрительных

выплатах и мерах социальной

поддержки в сфере семейной

и демографической политики,

а также лицам, имеющим

особые заслуги перед

Российской Федерацией

и Липецкой областью"

(введено Законом Липецкой области от 25.12.2017 N 145-ОЗ)

В учреждение социальной защиты

населения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя)

проживающей(го) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении ежемесячной социальной выплаты малоимущим семьям, имеющим

детей в возрасте до трех лет, на компенсацию затрат на приобретение

продуктов питания для детей

В соответствии с Законом Липецкой области от 27 марта 2009 года

N 259-ОЗ "О социальных, поощрительных выплатах и мерах социальной поддержки

в сфере семейной и демографической политики, а также лицам, имеющим особые

заслуги перед Российской Федерацией и Липецкой областью" прошу предоставить

ежемесячную социальную выплату малоимущим семьям, имеющим детей в возрасте

до трех лет, на компенсацию затрат на приобретение продуктов питания для

детей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Число, месяц и год рождения ребенка |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ежемесячную социальную выплату малоимущим семьям, имеющим детей в

возрасте до трех лет, на компенсацию затрат на приобретение продуктов

питания для детей прошу перечислить на лицевой счет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в кредитной организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

или в отделение почтовой

связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть).

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года

N 152-ФЗ "О персональных данных" даю письменное согласие на обработку моих

персональных данных, находящихся в личном деле о предоставлении мне

ежемесячной социальной выплаты малоимущим семьям, имеющим детей в возрасте

до трех лет, на компенсацию затрат на приобретение продуктов питания для

детей.

Сохраняю за собой право отозвать данное согласие письменным заявлением

с любой даты

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

Заявление с приложением документов принято "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаются документы:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата приема заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(линия отреза)

РАСПИСКА

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

принято заявление и следующие документы:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата приема заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место для печати