Приложение к Порядку предоставления ежемесячной денежной выплаты

 ветеранам труда, ветеранам труда Липецкой области, труженикам тыла,

реабилитированным лицам и лицам, пострадавшим от политических репрессий

 (в ред. приказа управления социальной защиты населения Липецкой обл. от 01.07.2019 N 641-П)

ОБУ «Центр социальной защиты населения по Елецкому району»

от гражданина (ки)

(Ф.И.О.)

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

проживающего(ей) по адресу

Контактный телефон

Льготная категория

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении и перечислении ежемесячной денежной выплаты**

В соответствии с Законом Липецкой области от 02.12.2004 № 141-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Липецкой области» прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату (ЕДВ).

ЕДВ прошу перечислять (указать по выбору):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| на счет № |   | , открытый в  |  | . |
|  |  |  | (кредитная организация, филиал) |  |

Подразделение почтовой связи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  |  по адресу:  |  | . |

С условиями предоставления ежемесячной денежной выплаты ознакомлен(а).

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с обработкой (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес, социальное положение, доходы и др.) согласен(на).

Сохраняю за собой право отозвать данное согласие письменным заявлением с любой даты.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  |  » |  | 20 |  |  г. |

Представляю копии следующих документов:

- паспорта;

- пенсионного удостоверения;

- удостоверения (свидетельства) о праве на меры социальной поддержки.

Заявление и копии представленных документов гр.

принял специалист

(фамилия, инициалы, подпись, контактный телефон)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| и зарегистрировал за №  |  | от | « |  | » |  | 20 |  |  г. |

(линия отрыва)

**Расписка-уведомление**

Заявление и копии представленных документов гр.

принял специалист

(фамилия, инициалы, подпись, контактный телефон)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| и зарегистрировал за №  |  | от | « |  | » |  | 20 |  |  г. |

Вы обязаны в течение одного месяца информировать Учреждение о наступлении обстоятельств, которые влекут за собой прекращение права на получение ЕДВ (перемена места жительства, утрата права на льготу).

Контактный телефон

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  |  » |  | 20 |  |  г. | подпись  |  |