

Приложение № 3 к приказу
директора депатамента
от 18.11.2019 № 451

В государственное казенное учреждение социальной
защиты населения по Гусь-Хрустальному городу и району

Заявление о предоставлении мер социальной поддержки лицам,
которым на 3 сентября 1945 года не исполнилось 18 лет («Дети войны»)

1. _____ (Ф.И.О.)

проживающий(ая) по адресу:

2. Сведения о законном представителе недееспособного лица:
(Ф.И.О.) _____

Проживающий(ая) _____ по _____ адресу:

3. Прошу назначить мне меры социальной поддержки (нужное – подчеркнуть):

- ежегодную денежную выплату денежную выплату ко Дню Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов (9 мая);
- компенсацию расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг.

Денежные средства прошу перечислять:

- на лицевой счет № _____ в

_____ (наименование кредитной организации)

- через почтовое отделение АО "Почта России"

К заявлению прилагаю следующие документы:	на _____ листах
1. Копию документов, удостоверяющих личность и постоянное проживание на территории области заявителя	
2. Копию документов, удостоверяющих личность законного представителя	
3. Копию документа, подтверждающего полномочия законного представителя	
4. Копию удостоверения лица, которому на 3 сентября 1945 года не исполнилось 18 лет («Дети войны»)	
5. Копию документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания на территории области	
6. Копию страхового свидетельства государственного пенсионного страхования заявителя	
7. Справку о характеристике жилого помещения или документы, подтверждающие площадь занимаемого жилого помещения, в том числе отапливаемую, количество комнат, вид жилищного фонда (нужное подчеркнуть)	

8. Копии квитанций на оплату жилищно-коммунальных услуг по адресу получателя за последний календарный месяц перед месяцем обращения, или договоры на оказание коммунальных услуг, или справки из организаций, предоставляющих коммунальные услуги (нужное подчеркнуть)	
--	--

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых документах, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющих в распоряжении департамента социальной защиты населения администрации Владимирской области и государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области с целью предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего письменного отзыва данного согласия.

Подтверждаю, что сведения, сообщенные мною, точные и исчерпывающие. Я уведомлен, что за предоставление ложных сведений может наступить ответственность в соответствии с законодательством РФ. В случае изменения места жительства (пребывания) либо иных обстоятельств, влияющих на объем и условия предоставления мер социальной поддержки обязуюсь известить учреждение в течение месяца со дня наступления указанных изменений и представить подтверждающие документы.

Дата _____ Подпись заявителя _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам	Подпись специалиста

----- (линия отреза)
 Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста