

Руководителю государственного казенного учреждения
Архангельской области «Отделение социальной
защиты населения

»

от _____

(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,
проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность, _____
(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении и выплате ежемесячного пособия на ребенка, не посещающего дошкольную образовательную организацию

Прошу в соответствии с областным законом от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области» (далее – областной закон) назначить ежемесячное пособие на ребенка, не посещающего дошкольную образовательную организацию (далее – социальное пособие), в связи (нужное подчеркнуть):

с отсутствием свободных мест в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, реализующих в том числе образовательные программы дошкольного образования;

с отсутствием дошкольных образовательных организаций и общеобразовательных организаций, реализующих в том числе образовательные программы дошкольного образования, в населенном пункте, в котором проживает(ют) ребенок (дети):

Ф.И.О. ребенка	Дата рождения	Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи)	Наименование муниципального образования Архангельской области, в котором ребенок состоит на учете для направления в дошкольную образовательную организацию
1. ...			
2. ...			
3. ...			

(фамилия, имя, отчество другого родителя, усыновителя, опекуна, супруга, супруги, дата рождения,
адрес места жительства (места пребывания))

Заявляю, что моя семья состоит из _____ человек, доходы моей семьи за период с «__» _____ г. по «__» _____ г. составляют:

Вид полученного дохода	Сумма дохода за три календарных месяца, предшествовавших обращению (руб., коп.)	Место получения дохода
1.		
2.		
3.		

При принятии решений в ходе назначения и выплаты мне социального пособия прошу направлять мне уведомления:

1) о назначении, приостановлении выплаты, возобновлении выплаты, прекращении выплаты социального пособия, о направлении запроса в иное государственное учреждение:

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

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

иными

способами

_____;

2) об отказе в назначении (возобновлении выплаты) социального пособия – в письменной форме;

Социальное _____ пособие _____ прошу перечислять _____

— .

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

В случае наступления обстоятельств, влекущих за собой приостановление или прекращение выплаты социального пособия, обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение, осуществляющее выплату социального пособия, не позднее 10 календарных дней месяца со дня наступления указанных обстоятельств, об изменении доходов семьи – не позднее одного месяца со дня их изменения.

Обязуюсь в течение последнего календарного месяца, в котором выплачивается социальное пособие, представлять в государственное учреждение, осуществляющее выплату социального пособия, документы, подтверждающие сведения о доходах семьи, в которой проживает ребенок, за три календарных месяца, предшествующие месяцу их представления, и документы о составе семьи.

Мне известно, что право получать социальное пособие имеет только

один из родителей (усыновителей, опекунов).

За достоверность представленных сведений несую полную персональную ответственность.

Я,

(фамилия, имя, отчество – при наличии, родителя (усыновителя, опекуна, попечителя)

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

государственным казенным учреждением Архангельской области «Отделение социальной защиты населения _____» (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), _____ расположенным _____ по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

____ о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях назначения и выплаты социальных пособий, предусмотренных областным _____ законом,

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Примечание. Согласие на обработку персональных данных государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» заполняется, если заявитель обращается с настоящим заявлением и прилагаемыми к нему документами для назначения социального пособия через данное учреждение.

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения Архангельской области – отделения социальной защиты населения

Заявление принял специалист _____

(подпись специалиста)

(расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА – УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление _____ и _____ документы _____ гр.

_____ принял

_____ специалист

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.