

Начальнику ОП ГКУ Архангельской области
«Архангельский областной центр социальной защиты
населения»

от _____

адрес места жительства на территории Архангельской
области: _____

документ, удостоверяющий личность _____

СНИЛС

номер контактного телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о ежемесячной компенсации гражданам, признанным инвалидами вследствие
поствакцинального осложнения

Прошу в соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 года № 157-ФЗ "Об
иммунопрофилактике инфекционных болезней" предоставить мне ежемесячную компенсацию при
возникновении поствакцинального осложнения.

Прилагаю копию:

- Другой документ, подтверждающий факт регистрации по месту жительства;
- Запрос на получение сведений СНИЛС;
- Заявление о предоставлении оплаты стоимости;
- Паспорт РФ;
- Сведения о СНИЛС;
- Свидетельство о рождении;
- Справка медико-социальной экспертизы (МСЭ);

За достоверность представленных сведений несу ответственность.

Я,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

даю согласие ГКУ Архангельской области «Архангельский областной центр социальной
защиты населения», расположенному по адресу: 163000, г. Архангельск, ул. Гайдара, д. 4, корп. 1, на
обработку персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных пунктом 3
части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных",
представленных мною в настоящем заявлении, в целях назначения и предоставления мне мер
социальной поддержки в соответствии с областным законом Архангельской области № 157-ФЗ.

(дата)

(подпись гражданина)

Заполняется ответственным специалистом государственного казенного учреждения Архангельской
области - отделения социальной защиты населения

Заявление принял специалист

(подпись специалиста)

(расшифровка подписи)

регистрационный № _____

(линия отреза)

РАСПИСКА - УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается гражданину)

Заявление и документы гр. _____

принял специалист _____

Дата приема документов: _____

Регистрационный №: _____