Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области "Архангельский областной центр социальной защиты населения"

_____

от

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

адрес места жительства (места пребывания)

_____

_____

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

номер контактного телефона _____

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты детям участников специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, поступающим на обучение в образовательные организации высшего образования по образовательным программам высшего образования (программам бакалавриата и программам специалитета)

Прошу предоставить мне дополнительную меру социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты детям военнослужащих, сотрудников некоторых федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, принимающих (принимавших) участие в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины (далее - специальная военная операция), и (или) выполняющих (выполнявших) задачи по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения специальной военной операции, сотрудников Следственного комитета Российской Федерации, направленных в порядке перевода (прикомандированных) из Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу в следственные управления Следственного комитета Российской Федерации по Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Запорожской области и Херсонской области, и уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, выполняющих (выполнявших) возложенные на них задачи на указанных территориях в период проведения специальной военной операции, лиц, заключивших контракт о пребывании в добровольческом формировании (о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской

Федерации или войска национальной гвардии Российской Федерации) для участия в указанной специальной военной операции и (или) выполнения задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения специальной военной операции, в том числе погибших (умерших) при исполнении обязанностей военной службы (службы), а также граждан, призванных на военную службу по мобилизации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21 сентября 2022 года № 647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации» (далее соответственно - военнослужащие, сотрудники, добровольцы, мобилизованные граждане), поступающим на обучение в образовательные организации высшего образования по образовательным программам высшего образования (программам бакалавриата и программам специалитета) после 24 февраля 2022 года.

Сообщаю, что правом на получение данной выплаты ранее не пользовался (не пользовалась).

Сведения о заявителе

Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
СНИЛС _____
Сведения о документе,
удостоверяющем личность (вид,
дата выдачи, реквизиты) _____
Дата рождения (дд.мм.гггг) _____

Сведения о военнослужащем, сотруднике, добровольце, мобилизованном гражданине

Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
СНИЛС _____
Место рождения _____
Дата рождения (дд.мм.гггг) _____

Сведения о ребенке (детях) военнослужащего, сотрудника, добровольца, мобилизованного гражданина

(заполняется в отношении всех детей, имеющих право на предоставление единовременной денежной выплаты, в случае если заявление подано законным представителем)

Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
СНИЛС _____
Сведения о документе,
удостоверяющем личность (вид,
дата выдачи, реквизиты) _____
Дата рождения (дд.мм.гггг) _____
Адрес места проживания
на территории Архангельской области _____

Прошу перечислить денежные средства _____

_____

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

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне права на единовременную денежную выплату прошу направлять:

1) о предоставлении единовременной денежной выплаты:

через мобильное приложение "Соцзащита";

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона:

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____;

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____;

(подпись)

2) об отказе в предоставлении единовременной денежной выплаты:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением по адресу _____.

«__» _____ _____ г. _____ _____

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

_____

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____ _____

(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «__» _____ 20__ г.

- - - -