

Директору государственного казенного  
учреждения Архангельской области  
«Архангельский областной центр социальной  
защиты населения»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ адрес места жительства (места пребывания) на территории  
Архангельской области

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

номер контактного телефона \_\_\_\_\_  
(при наличии)

\_\_\_\_\_ (номер страхового свидетельства обязательного пенсионного  
страхования заявителя или номер страхового свидетельства  
государственного пенсионного страхования (при наличии))

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении и выплате ежемесячной доплаты к пенсии  
или ежемесячной материальной помощи

Прошу назначить и выплачивать мне в соответствии с областным законом от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ "О социальной защите членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в боевых действиях на территориях Афганистана, Северного Кавказа, а также членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины" (далее - областной закон от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ) (нужное подчеркнуть):

- 1) ежемесячную доплату к пенсии;
- 2) ежемесячную материальную помощь.

Прошу перечислять указанную в настоящем заявлении выплату:

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

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения мне выплат в соответствии с областным законом от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ прошу направлять:

При принятии решения в ходе рассмотрения вопроса о назначении и выплате ежемесячной доплаты к пенсии прошу направлять мне уведомления:

1) о назначении выплате ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежегодной единовременной материальной помощи, о возобновлении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии, о направлении запроса в иное государственное учреждение:

на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_;

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

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

иными способами \_\_\_\_\_.

2) об отказе в назначении ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежегодной единовременной материальной помощи, о прекращении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии или материальной помощи, о приостановлении выплаты ежемесячной денежной выплаты доплаты к пенсии:

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_;

иными способами \_\_\_\_\_.

Я подтверждаю, что по указанному мною в настоящем согласии номеру

мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов \_\_\_\_\_.

(подпись)

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

\_\_\_\_\_.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ на обработку персональных данных и (или)

(согласен/не согласен)

персональных данных \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) подопечного)

указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах государственным казенным учреждением Архангельской области " \_\_\_\_\_ "

(далее - оператор), расположенным по адресу: \_\_\_\_\_,

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

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 ежемесячной доплаты к пенсии, предусмотренной областным **законом** № 119-7-ОЗ.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

(число, месяц, год)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(наименование)

\_\_\_\_\_ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

(число, месяц, год)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

---

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ  
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_  
принял специалист \_\_\_\_\_  
Регистрационный N \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)