|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к административному регламенту предоставления комитетом по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска государственной услуги «Назначение  и осуществление ежемесячной денежной выплаты ветеранам труда  Ставропольского края в соответствии с Законом Ставропольского края  от 11 февраля 2014 года № 8-кз «О ветеранах труда Ставропольского края» |

В комитет по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о назначении ежемесячной денежной выплаты

|  |
| --- |
| Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(фамилия, имя, отчество полностью)

|  |  |
| --- | --- |
| дата рождения: |  |

Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| адрес регистрации по месту жительства: |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| адрес регистрации по месту пребывания (если есть): |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| контактный телефон: |  | e-mail: |  | (если есть). |

|  |
| --- |
| Прошу установить мне ежемесячную денежную выплату (далее - ЕДВ) как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(указать категорию)

Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| кредитная организация (наименование)   |  |  | | --- | --- | |  | номер отделения |  |  | | --- | |  |   и его структурного подразделения   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |   лицевой счет:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | | почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_  по адресу:  регистрации по месту жительства:  или регистрации по месту пребывания (нужное обвести) |

Мне известно, что в соответствии с действующим законодательством гражданин, имеющий право на получение мер социальной поддержки по нескольким основаниям, может получать меры социальной поддержки только по одному из них.

Обязуюсь в десятидневный срок информировать комитет по труду и социальной поддержке населения администрации города Невинномысска (далее – Комитет) об изменении статуса, дающего право на получение ежемесячной денежной выплаты, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение ЕДВ. Я предупрежден об ответственности за предоставление неполных или недостоверных сведений и документов. Согласен на обработку предоставленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги.

Ранее меры социальной поддержки получал в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) Ставропольского края. (указать район (город)

Документ о праве на меры социальной поддержки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ получал (ранее представлял) в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (городе) Ставропольского края.

Получаю пенсию в управлении Пенсионного фонда РФ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

району (городу) Ставропольского края, ином органе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу сообщить о принятом решении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) | Электронной почтой | По телефону |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата подачи заявления: |  | Подпись получателя |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление зарегистрировано |  | № |  |

Принял заявление и документы: документ о праве на льготы, документ,

|  |  |
| --- | --- |
| удостоверяющий личность, |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

(наименование должности специалиста, (подпись) (инициалы, фамилия)

ответственного за прием документов)

Расписка о приеме заявления и документов

Заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты и другие документы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя в родительном падеже)

приняты специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_.\_.20\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| (Комитет | (фамилия, отчество специалиста, |
| или МФЦ) | ответственного за прием документов) |

Номер в программном комплексе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приняты копии документов:

1. Документа о праве на льготы серии \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_. 20\_\_\_,

2. Документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серии \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон для справок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Решение будет принято в течение \_\_\_\_\_ рабочих дней со дня подачи заявления.

|  |  |
| --- | --- |
| Вам будет сообщено о принятом решении: | место для отметки: |
| Почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания) |  |
| Электронной почтой, указанной в заявлении |  |
| По телефону, указанному в заявлении |  |

Напоминаем Вам, что Вы обязаны в десятидневный срок информировать Комитет об изменении статуса, дающего право на получение государственной услуги, продлении инвалидности, перемене места жительства и других обстоятельствах, влияющих на прекращение выплаты. При непредставлении указанных сведений или их несвоевременном представлении Вы обязаны возвратить излишне выплаченные Вам суммы.

Дата выдачи расписки \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_. 20\_\_\_.

Подпись специалиста, ответственного за прием документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель комитета по труду

и социальной поддержке населения

администрации города Невинномысска Н.И. Морозова