

Центр социальной поддержки населения
по Кировскому району

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении выплаты государственного единовременного пособия гражданам при
возникновении у них поствакцинальных осложнений

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий (ая) по адресу: _____

_____,
(указывается почтовый адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

прошу назначить мне государственное единовременное пособие гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений (далее – пособие) в соответствии с Федеральным законом от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ (ред. от 01,12,2007) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2000 года № 1013 (ред. от 01,02,2005) "О порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений".

Уведомление о назначении пособия прошу выслать /не высылать (нужное подчеркнуть) по адресу: _____.

Пособие прошу перечислять через (нужное подчеркнуть):

- 1) организацию федеральной почтовой связи;
- 2) кредитную организацию.

Сообщаю реквизиты моего счета _____

в отделении № _____ филиала № _____
банка _____

(наименование банковской организации)

для перечисления пособия.

" ____ " _____ 20__ г.

Подпись заявителя _____

Даю согласие _____
(наименование Центра социальной поддержки

населения, адрес)

на обработку содержащихся в настоящем заявлении персональных данных, то есть их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

(дата)

(фамилия, инициалы заявителя)

(подпись заявителя)

К заявлению прилагаются:

- 1) _____;
- 2) _____;
- 3) _____.

Регистрационный номер заявления: _____

Дата приема заявления: " ____ " _____ 20__ г. Подпись специалиста _____

(линия отреза)

РАСПИСКА

От

(фамилия, имя, отчество)

принято заявление и следующие документы:

- 1) _____;
- 2) _____;
- 3) _____.

Регистрационный номер заявления: _____

Дата приема заявления: " ____ " _____ 20__ г. Подпись специалиста _____

Тел.: _____