В комитет труда и социальной защиты населения администрации города Ставрополя

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о назначении ежемесячной денежной выплаты

ветеранам боевых действий из числа лиц, принимавших участие в боевых действиях на территориях других государств, а также в ходе специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области

 и Херсонской области

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя полностью)

проживающий (ая) в г. Ставрополе по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(адрес постоянного проживания заявителя на территории г. Ставрополя с указанием индекса)

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по желанию).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя (нужное подчеркнуть) | дата рождения |  |
| серия, номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату ветеранам боевых действий из числа лиц, принимавших участие в боевых действиях на территориях других государств, а также в ходе специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области (далее - ежемесячная денежная выплата).

Для назначения ежемесячной денежной выплаты представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

 Предупрежден(а) об ответственности за предоставление документов
с заведомо недостоверными сведениями, сокрытие данных, влияющих
на право назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты. Достоверность представленных сведений подтверждаю.

 Разрешаю комитету труда и социальной защиты населения администрации города Ставрополя (далее - Комитет) в целях принятия решения о назначении и выплате мне ежемесячной денежной выплаты получать информацию и сведения в иных организациях, а также обрабатывать мои персональные данные в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

 Прошу перечислять причитающуюся мне ежемесячную денежную выплату на счет:

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

(номер счета и наименование кредитной организации, в которой открыт счет)

Уведомление о принятом решении прошу направить посредством почтовой, электронной связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

Я извещен о необходимости оповещать Комитет о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение ежемесячной денежной выплаты, в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня возникновения обстоятельств.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя или его представителя)

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

Линия отрыва

РАСПИСКА

о приеме заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты ветеранам боевых действий из числа лиц, принимавших участие в боевых действиях на территориях других государств, а также в ходе специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, и прилагаемых к нему документов

Заявление и прилагаемые к нему документы от гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Перечень принятых документов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

приняты «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью) (подпись)

регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_