

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
об установлении ежегодной денежной выплаты  
в комитет труда и социальной защиты населения администрации города Ставрополя

Гр. \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество без сокращений, в соответствии с документом удостоверяющим личность лица, имеющего право на ежегодную денежную выплату)

**Паспорт гражданина**

**России:**

Серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан: \_\_\_\_\_

дата рождения: \_\_\_\_\_

Иной документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Удостоверение к нагрудному знаку "Почетный донор России" ("Почетный донор СССР"):

(вид удостоверения, номер документа, кем выдан, дата выдачи)

Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

(указывается на основании записи в паспорте или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства предьявляется не паспорт, а иной документ удостоверяющий личность)

Адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

(указывается на основании записи в документе, подтверждающем регистрацию по месту пребывания)

Сведения о месте фактического проживания: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

Прошу установить мне ежегодную денежную выплату (далее - ЕДВ) как лицу, награжденному нагрудным знаком "Почетный донор России", "Почетный донор СССР"

нужное подчеркнуть

Прошу выплачивать установленную мне ЕДВ через

Кредитное учреждение: \_\_\_\_\_

(наименование организации, в которую должна быть перечислена ЕДВ)

номер кредитного учреждения и его структурного подразделения

лицевой счет

Почтовое отделение № \_\_\_\_\_

по адресу:

регистрации по месту жительства:

регистрации по месту пребывания:

регистрации по месту фактического проживания:

контактный телефон , сотовый телефон

Я обязуюсь в месячный срок информировать органы социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на прекращении ЕДВ.

Я предупрежден об ответственности за предоставление неполных или недостоверных сведений и документов.

Я согласен на обработку предоставленных мною персональных данных в целях предоставления государственной услуги.

Ранее ЕДВ получал в органе социальной защиты населения, расположенном в \_\_\_\_\_ районе

При изменении места жительства обязуюсь сообщить.

Прошу сообщить о принятом решении

почтой на адрес регистрации по месту жительства (пребывания)	электронной почтой	по телефону

Дата подачи заявления:

Подпись получателя

Заявление принял специалист (ФИО)

Подпись специалиста