

В Управление социальной защиты населения  
(Железнодорожный район)  
Департамента труда и социальной защиты населения  
Администрации города Симферополя

от \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Выдан: \_\_\_\_\_

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

Место проживания  
(пребывания): \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги по назначению «Ежемесячная денежная выплата»

Прошу назначить (перерасчитать) МСП «Ежемесячная денежная выплата» в соответствии с НПД «Закон Республики Крым от 17 декабря 2014 года №35-ЗРК "О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан и лиц, проживающих на территории Республики Крым"», на основании категории: «Реабилитированные лица».

Выплату прошу производить через отделение федеральной почтовой связи/ кредитное учреждение (банк)/ (ненужное зачеркнуть).

Реквизиты \_\_\_\_\_ банка и \_\_\_\_\_ номер счета: \_\_\_\_\_

Обязуюсь своевременно (не позднее, чем в месячный срок) сообщить о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера назначения или прекращение выплаты.

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю:

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

(подпись заявителя, расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров
1.	Справка о реабилитации	
2.	Паспорт гражданина России	
3.	Пенсионное удостоверение	

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных.

Согласие действует в течение года. В случае, если за один месяц до истечения срока моего согласия на обработку персональных данных от меня не последует письменного заявления о его отзыве, настоящее согласие считается автоматически пролонгированным на каждый следующий год.

Подпись \_\_\_\_\_

Документы принял: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись специалиста \_\_\_\_\_

### РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления	Дата представления документов	Подпись специалиста (расшифровка подписи)