

В государственное казенное учреждение Владимирской области «Отдел социальной защиты населения по Вязниковскому району»

Заявление о предоставлении мер социальной поддержки лицам, которым на 3 сентября 1945 года не исполнилось 18 лет («Дети войны»)

1. (Ф.И.О.) _____ ,
проживающий(ая) по адресу: _____

2. Сведения о законном представителе недееспособного лица:
(Ф.И.О.) _____
Проживающий(ая) по адресу: _____

3. Прошу назначить мне меры социальной поддержки (нужное - подчеркнуть):
- ежегодную денежную выплату ко Дню Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов (9 мая);
- компенсацию расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг.

Денежные средства прошу перечислять:

- на лицевой счет № _____
в _____ ;

(наименование кредитной организации)

- через почтовое отделение УФПС Владимирской области - филиал АО «Почта России» _____

К заявлению прилагаю следующие документы:	на	листах
1. Копию документов, удостоверяющих личность и проживание на территории области заявителя		
2. Копию документов, удостоверяющих личность законного представителя		
3. Копию документа, подтверждающего полномочия законного представителя		
4. Копию удостоверения лица, которому на 3 сентября 1945 года не исполнилось 18 лет («Дети войны»)		
5. Копию документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания на территории области		

6. Копию документа, подтверждающего регистрацию заявителя в системе индивидуального (персонифицированного) учета.	
7. Справку о характеристике жилого помещения или документы, подтверждающие площадь занимаемого жилого помещения, в том числе отапливаемую, количество комнат, вид жилищного фонда (нужное подчеркнуть)	
8. Копии квитанций на оплату жилищно-коммунальных услуг по адресу получателя за последний календарный месяц перед месяцем обращения, или договоры на оказание коммунальных услуг, или справки из организаций, предоставляющих коммунальные услуги (нужное подчеркнуть)	

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых документах, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющихся в распоряжении Департамента социальной защиты населения Владимирской области и государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области с целью предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего письменного отзыва данного согласия.

Подтверждаю, что сведения, сообщенные мною, точные и исчерпывающие. Я уведомлен, что за предоставление ложных сведений может наступить ответственность в соответствии с законодательством РФ. В случае изменения места жительства (пребывания) либо иных обстоятельств, влияющих на объем и условия предоставления мер социальной поддержки обязуюсь известить учреждение в течение месяца со дня наступления указанных изменений и представить подтверждающие документы.

Дата _____ Подпись заявителя _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам	Подпись специалиста

----- (линия отреза)
 Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста
