В Комитет социальной защиты населения Гатчинского муниципального района

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мать, отец, лицо их заменяющее – указать нужное)

Документ, удостоверяющий личность:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Серия |  | | Номер |  |
| Дата выдачи |  | Кем выдан |  | |
|  |  |  | Место рождения |  | |
|  | Адрес |  |  |  | |

Адрес места фактического проживания (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Указать нужное)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса)

**Заявление**

**В соответствии с Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» прошу назначить пособие (нужное подчеркнуть):**

**- единовременное пособие при рождении ребенка;**

**- ежемесячное пособие по уходу за ребенком.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) | Число, месяц и год рождения ребенка (детей) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**С порядком назначения и выплаты** пособий ознакомлен(а). **В соответствии с п. 4 ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку моих персональных данных** в целях получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения. Ознакомлен(а), что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Для назначения пособий представляю следующие документы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/.п | Наименование документа | Количество  экземпляров |
|  | Паспорт |  |
|  | Форма № 24 |  |
| 3. | Свидетельство о рождении ребенка |  |
| 4. | Свидетельство о браке, установлении отцовства, расторжении брака, форма № 25. |  |
| 5. | Справка о проживании и составе семьи |  |
| 6. | Трудовая книжка |  |
| 7. | Справка с места работы, о неполучении пособия до 1.5 лет |  |
| 8. | Справка воинской части |  |
| 9. |  |  |

Мне известно, что указанные ниже сведения могут быть представлены мною лично или запрошены комитетом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия для предоставления государственной услуги.

В соответствии с Федеральным законом [от 27.07.2010 N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»](consultantplus://offline/ref=9A2300D5B2D9C8A049E85CC481D95CC5CECD11206BD6D1CBDC122ADCFF5D4548A54DB5A140A3DBE9z8ECN) для предоставления мне государственной услуги **поручаю комитету социальной защиты населения запросить** в рамках межведомственного информационного взаимодействия следующие сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование сведений | отметить, если  следует  запросить сведения  (указать  слово «да»  в графе 2) | дополнительные сведения для запроса |
| справку органа социальной защиты населения по месту жительства отца, матери ребенка о том, что пособие не назначалось (в случае, если оба родителя не работают (не служат), или обучаются по очной форме обучения в образовательных организациях |  |  |
| справку из территориального органа Фонда социального страхования (далее – ФСС) об отсутствии регистрации в ФСС в качестве страхователя |  |  |
| выписку из решения об установлении над ребенком опеки из органов местного самоуправления об установлении над ребенком опеки |  |  |
| справку из органа государственной службы занятости населения о невыплате пособия по безработице |  |  |
|  |  |  |

Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) комитетом социальной защиты населения

вопрос предоставления государственной услуги будет рассмотрен в течение 10-ти дней после получения

запрашиваемых документов (сведений)

***Прошу перечислять пособия****:*

|  |
| --- |
| **В Северо-Западный банк Сбербанка России**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *( номер отделения, филиала, офиса)*  **на счет №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать№ счета, а не карты)  ………………………………………………………………………………….…………………………………………………  **В другое кредитное учреждение**  **Наименовани**е\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **на счет №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **№ банковской карты**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ИНН**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **БИК**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

На учете в центре занятости населения не стою, индивидуальным предпринимательством не занимаюсь. Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а). Предупрежден(-а), что за предоставление ложных сведений, а так же при умолчании о фактах, влекущих отказ от предоставления социальных выплат, предусмотрена уголовная ответственность по ст. 159.2 Уголовного кодекса РФ. Обязуюсь в месячный срок известить Комитет социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера пособия или прекращение его выплаты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись): Трудоустройстве, при постановке на учет в Центр занятости населения, переезде, определении ребенка на государственное обеспечение, изменении паспортных данных изменении банковского счета и др.

Уведомление о назначении выплаты: не направлять; направить (нужное подчеркнуть).

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись заявителя.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Заполняется специалистом Комитета**:

Заявление принято отделом по приему граждан в режиме одного окна КСЗН ГМР :

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_\_\_г., зарегистрировано под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись) (телефон)