Директору государственного казенного учреждения

социальной защиты населения по городу (району)

_____

(городу, району)

от гр. _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Паспорт: серия _____ номер_____

Выдан: дата _____ кем _____

_____

Адрес регистрации: _____

_____

Адрес фактического проживания: _____

_____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной компенсации

при возникновении поствакцинального осложнения

Прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию вследствие возникновения поствакцинального осложнения.

К заявлению прилагается:

- заключение об установлении факта поствакцинального осложнения;
- справка об инвалидности.

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление заведомо недостоверных сведений, влияющих на право получения пособия. В случае выявления таковых обязуюсь возвратить неправомерно полученное пособие на счет Министерства социальной защиты населения Владимирской области с учетом расходов по доставке.

"___" _____ 20___ г. Подпись заявителя _____

Дата приема заявления	Регистрационный номер	Принято документов, шт.	ФИО и подпись специалиста

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	ФИО и подпись специалиста

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	ФИО и подпись специалиста

Директору государственного казенного учреждения социальной защиты населения по городу (району)

_____

(городу, району)

от гр. _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Паспорт: серия _____ номер_____

Выдан: дата _____ кем _____

_____

Адрес регистрации: _____

_____

Адрес фактического проживания: _____

_____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о назначении государственного единовременного пособия
при возникновении поствакцинального осложнения

Прошу назначить и выплатить единовременное пособие при возникновении поствакцинального осложнения.

К заявлению прилагается:

- заключение об установлении факта поствакцинального осложнения;
- свидетельство о смерти (при обращении члена семьи пострадавшего в случае его смерти).

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление заведомо недостоверных сведений, влияющих на право получения пособия. В случае выявления таковых обязуюсь возвратить неправомерно полученное пособие на счет Министерства социальной защиты населения Владимирской области с учетом расходов по доставке.

"____" _____ 20___ г. Подпись заявителя _____

Дата приема заявления	Регистрационный номер	Принято документов, шт.	ФИО и подпись специалиста

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	ФИО и подпись специалиста

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	ФИО и подпись специалиста

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

Проживающий(ая) по адресу: _____

_____

Паспорт: серия _____, номер _____, выдан _____

_____

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющихся в распоряжении Министерства 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.

Перечень персональных данных для обработки и передачи:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- данные документа, удостоверяющего право на льготы;
- страховой номер индивидуального лицевого счета;
- адрес места жительства (места пребывания);
- дата назначения пенсии, ЕДВ и иных социальных выплат;
- срок, на который установлена пенсия, ЕДВ и иные социальные выплаты;
- группа инвалидности, степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- размер установленных социальных выплат.

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

"___" _____ 20____ г. Подпись _____