**Заявление**

**о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам,**

**не подлежащим обязательному социальному страхованию**

Я, Иванова Анна Ивановна

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающая (щий) (зарегистрирован по месту пребывания) по адресу Белгородская область, Алексеевский район, с.Колтуновка ул. Заречная, д. 10

постоянно зарегистрированная(ый) по адресу Белгородская область, Алексеевский район, с.Колтуновка ул. Заречная, д. 10 с 01.10.1998 г. тел. 40-00-00

Прошу назначить ежемесячное пособие по уходу за ребенком как :

1. уволенной в период беременности, отпуска по беременности и родам в связи с ликвидацией организации;
2. уволенной (му) в период отпуска по уходу за ребенком в связи с ликвидацией организации;
3. не подлежащей (ему) обязательному социальному страхованию (неработающие);
4. обучающейся (му) по очной форме обучения в образовательных учреждениях.

*Количество рожденных (усыновленных) матерью детей*\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (количество) ( подпись)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт | Серия, номер | 1234 567890 |
| Дата рождения | 13.09.1956 г. |
| Место рождения | с.Колтуновка, Алексеевский район, Белгородская область |
| Кем выдан | Отделение №1 МО УФМС по Белгородской области в г. Алексеевка |
| Дата выдачи | 10.02.2001 г. |

*Законный представитель*

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающая (щий) по адресу Белгородская область, Алексеевский район, с.Колтуновка ул. Заречная, д. 10

постоянно зарегистрированная(ый) с 01.10.1998 г. тел. 40-00-00

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт | Серия, номер | 0987 654321 |
| Дата рождения | 11.02.1956 г. |
| Место рождения | с.Колтуновка, Алексеевский район, Белгородская область |
| Кем выдан | Отделение №1 МО УФМС по Белгородской области в г. Алексеевка |
| Дата выдачи | 08.02.2001 г. |

При изменении состава семьи, места жительства, фамилии обязуюсь сообщить в месячный срок. Я уведомлен(а) о том, что ежемесячное пособие по уходу за ребенком назначается в одном месте.

*На момент обращения в трудовых отношениях не состою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(*подпись получателя)

П.85 Положения о назначении и выплате государственных пособий гражданам, имеющим детей

«Суммы пособий, излишне выплаченные получателям вследствие представления ими документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на право получения пособий или на исчисление их размеров, возмещаются этими получателями, а в случае спора – взыскиваются в судебном порядке»

02.04.2014 г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласен (она) на обработку указанных мной персональных данных оператором

УСЗН администрации муниципального района Алексеевский район и город Алексеевка

(орган социальной защиты населения, адрес)

с целью реализации мер социальной поддержки, решения вопросов социального обслуживания.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании Соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

Срок или условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация оператора.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

**02.04.2014 г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Прошу выплатить пособие через:

а) организацию федеральной почтовой связи

б) кредитную организацию

Сбербанк России

**№ лицевого счета**

**12345678901234567890**

**02.04.2014 г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Расписка - уведомление***

Заявление гр. Иванова Анна Ивановна

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявителя | Принял |
|  | Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|       |       г. |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(линия отреза)

***Расписка - уведомление***

Заявление гр. Иванова Анна Ивановна

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявителя | Принял |
|  | Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|       |       г. |  |