В департамент социальной защиты населения,

опеки и попечительства Костромской области

от

Адрес места жительства (пребывания)

Адрес места фактического проживания:

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении лицам, не подлежащим обязательному социальному страхованию, ежемесячного пособия по уходу за ребенком

 Я,

 (фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: вид паспорт,

серия      , №      ,

выдан      ,

 (кем, когда)

прошу назначить мне ежемесячное пособие на ребенка

 (ФИО ребенка, год рождения)

в соответствии сФедеральным законом от 19.05.95 № 81-фз «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»

Выплату прошу перечислять через (нужное подчеркнуть):

организацию федеральной почтовой связи;

кредитную организацию.

Сообщаю реквизиты моего счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в отделении № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ филиала № \_\_\_\_\_ банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 для перечисления выплаты.

|  |  |
| --- | --- |
| Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом | Законный представитель/доверенное лицо:      (фамилия, имя отчество законного представителя/доверенного лица)Документ, удостоверяющий личность: Серия      , номер       дата выдачи       выдан      Адрес места жительства (места пребывания, фактического проживания)      Полномочия законного представителя/доверенного лица подтверждены:      (указать наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя/доверенного лица)13.05.2014 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись законного представителя/доверенного лица) |

13.05.2014 г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку содержащихся в настоящем заявлении персональных данных, то есть их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

13.05.2014       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (фамилия, инициалы заявителя) (подпись заявителя)

 Заявление принято "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_