**Заявление**

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

**не подлежащим обязательному социальному страхованию**

Я,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающая (щий) (зарегистрирован по месту пребывания) по адресу

постоянно зарегистрированная(ый) по адресу       с       г. тел.

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

(количество) ( подпись)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт | Серия, номер |  |
|  | Дата рождения | г. |
|  | Место рождения |  |
|  | Кем выдан |  |
|  | Дата выдачи | г. |

*Законный представитель*

Я,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающая (щий) по адресу

постоянно зарегистрированная(ый) с       г. тел.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт | Серия, номер |  |
|  | Дата рождения | г. |
|  | Место рождения |  |
|  | Кем выдан |  |
|  | Дата выдачи | 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»

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

Согласен (она) на обработку указанных мной персональных данных оператором

(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.

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

Прошу выплатить пособие через:

а) организацию федеральной почтовой связи

б) кредитную организацию

**№ лицевого счета**

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

***Расписка - уведомление***

Заявление гр.

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

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

(линия отреза)

***Расписка - уведомление***

Заявление гр.

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