В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ГКУ Брянской области «ОСЗН»)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

проживающего(ей) по адресу на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины

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

(указать адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес места пребывания на территории Российской Федерации

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

(указать адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: наименование \_\_\_\_\_

серия номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ,

удостоверяющий личность, дата выдачи)

гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(гражданство Украины, или Донецкой Народной Республики, или Луганской Народной Республики, лицо без гражданства - указать нужное)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона и адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне выплату (выплаты):

 ежемесячная социальная выплата инвалидам

 ежемесячная пенсионная выплата

 доплата к ежемесячной пенсионной выплате или ежемесячной социальной выплате инвалидам, предоставляемая инвалидам I группы, детям-инвалидам, а также лицам, достигшим возраста 80 лет

 ежемесячная выплата ветеранам Великой Отечественной войны

 единовременная выплата беременным женщинам

 единовременная выплата при рождении ребенка

 ежемесячная выплата на каждого ребенка в возрасте до 18 лет или до 23 лет (при условии обучения по очной форме)

 ежемесячная выплата единственному родителю на каждого ребенка

Перечень прилагаемых документов, необходимых для предоставления выплаты (выплат):

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

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

Средства прошу перечислить на счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

открытый в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации (банка)

Дата пересечения государственной границы Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законные основания пребывания на территории Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается документ (основания) пребывания на территории Российской Федерации (миграционная карта, отметка в паспорте о пересечении границы при въезде на территорию Российской Федерации после 18 февраля 2022 г,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 разрешение на временное проживание, вид на жительство, регистрация по месту пребывания, иные документы (сведения), подтверждающие временное пребывание на территории Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации)

Наименование субъекта Российской Федерации, через территорию которого было осуществлено пересечение государственной границы Российской Федерации, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В случае отказа в предоставлении социальной выплаты (социальных выплат) прошу информировать меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать адрес электронной почты либо адрес места пребывания на территории Российской Федерации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

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

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

уведомлен, что в случае наступления обстоятельств (изменение статуса; смерть; истечение срока действия документа, подтверждающего статус (категорию); вступление в силу решения суда об объявлении умершим или решения о признании безвестно отсутствующим; достижение предельного возраста, дающего право на социальную выплату; отказ от социальной выплаты; изменение гражданства; признание беженцем в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"; прекращение действия документа, являющегося основанием временного пребывания на территории Российской Федерации) влекущих прекращение оснований (утрату права) на указанные социальные выплаты, обязан сообщить о наступлении таких обстоятельств в течении 5 рабочих дней со дня их наступления.

В случае переплаты или излишне выплаченной суммы (вследствие представления документов с заведомо неправильными сведениями, непредставления своевременно сведений) обязуюсь осуществить возврат в установленном порядке.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

 УВЕДОМЛЕНИЕ

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

уведомлен, что в случае наступления обстоятельств (изменение статуса; смерть; истечение срока действия документа, подтверждающего статус (категорию); вступление в силу решения суда об объявлении умершим или решения о признании безвестно отсутствующим; достижение предельного возраста, дающего право на социальную выплату; отказ от социальной выплаты; изменение гражданства; признание беженцем в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"; прекращение действия документа, являющегося основанием временного пребывания на территории Российской Федерации) влекущих прекращение оснований (утрату права) на указанные социальные выплаты, обязан сообщить о наступлении таких обстоятельств в течении 5 рабочих дней со дня их наступления.

В случае переплаты или излишне выплаченной суммы (вследствие представления документов с заведомо неправильными сведениями, непредставления своевременно сведений) обязуюсь осуществить возврат в установленном порядке.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |