В управление социальной защиты населения администрации Ленинск-Кузнецкого городского округа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(уполномоченный орган)

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

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. лица, уполномоченного заявителем на основании доверенности,

оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации)

Заявление

|  |  |
| --- | --- |
|  | - о назначении и выплате пособия, |
|  | - о назначении и выплате компенсации |

(нужное отметить)

В соответствии с [Федеральным законом](http://demo.garant.ru/document/redirect/12113020/0) от 17.09.98 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" прошу назначить (нужное отметить и заполнить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | - государственное единовременное пособие при возникновении  поствакцинальных осложнений; |
|  | - ежемесячную денежную компенсацию при возникновении  поствакцинальных осложнений |

мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

или мне

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка, у которого установлено наличие

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

поствакцинального осложнения, дата рождения, серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан, СНИЛС (при наличии)

или мне за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. умершего члена семьи гражданина, смерть которого наступила вследствие поствакцинального осложнения)

Доставку прошу осуществлять (отметить способ доставки):

|  |  |
| --- | --- |
|  | через кредитную организацию |
|  | через организацию почтовой связи |

Достоверность сведений, содержащихся в заявлении и документах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(нужное указать: подтверждаю/не подтверждаю)

Несу ответственность за достоверность сведений, содержащихся в представленных мною в заявлении и документах, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Мною представлены следующие документы (копии документов (при личном обращении - с предъявлением их подлинников) (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | - документ, удостоверяющий личность, место жительства; |
|  | - свидетельство о рождении ребенка, у которого установлено наличие  поствакцинального осложнения; |
|  | - заключение об установлении факта поствакцинального осложнения; |
|  | - справка об инвалидности (представлена по собственной  инициативе); |
|  | - выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного  инвалидом (представлена по собственной инициативе); |
|  | - свидетельство о смерти; |
|  | - согласие всех совершеннолетних членов семьи умершего гражданина,  смерть которого наступила вследствие поствакцинального осложнения, на  выплату государственного единовременного пособия заявителю, в письменной  произвольной форме; |
|  | - согласие (несогласие) на обработку персональных данных от всех  совершеннолетних членов семьи, в письменной произвольной форме,  соответствующее требованиям [части 4 статьи 9](http://demo.garant.ru/document/redirect/12148567/904) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"; |
|  | - согласие (несогласие) на обработку персональных данных  несовершеннолетнего ребенка, у которого установлено наличие  поствакцинального осложнения в письменной произвольной форме,  соответствующее требованиям [части 4 статьи 9](http://demo.garant.ru/document/redirect/12148567/904) Федерального закона  от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"; |
|  | - документы, удостоверяющие личность и полномочия законного  представителя или лица уполномоченного на основании доверенности,  оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации; |
|  | - реквизиты счета в кредитной организации (договор банковского  вклада (счета), справка кредитной организации о реквизитах счета или  сведения, содержащие реквизиты счета, заверенные подписью гражданина, с  указанием даты заверения, в случае если указанные сведения не содержат  информации, позволяющей установить их принадлежность конкретному  гражданину) (нужное подчеркнуть). |

Обязуюсь в течение 10 дней информировать об изменениях, влияющих на выплату ежемесячной денежной компенсации при возникновении поствакцинальных осложнений, в случае ее предоставления.

Заявление заполнено специалистом уполномоченного органа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (должность) | (Ф.И.О.) | (подпись) | |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | | (подпись) | |

# Расписка-уведомление о приеме и регистрации заявления и документов

Заявление о назначении государственного единовременного пособия, ежемесячной денежной компенсации при возникновении поствакцинальных осложнений (нужное подчеркнуть) и документы

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

(Ф.И.О. заявителя)

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

(Ф.И.О. лица, уполномоченного заявителем на основании доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации)

приняты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, принявшего заявление (должность, подпись)

Достоверность сведений, содержащихся в заявлении и документах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(нужное указать: подтверждаю/не подтверждаю)

Несу ответственность за достоверность сведений, содержащихся в представленных мною в заявлении и документах, в соответствии с законодательством Российской Федерации.Обязуюсь в течение 10 дней информировать об изменениях, влияющих на выплату ежемесячной денежной компенсации при возникновении поствакцинальных осложнений, в случае ее предоставления.

Заявление заполнено специалистом уполномоченного органа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность) | (Ф.И.О.) | (подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись заявителя) |

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_