

Приложение 1
к административному регламенту
предоставления казенным учреждением
Орловской области «Областной центр
социальной защиты населения»
государственной услуги по социальной
поддержке Почетных граждан Орловской
области

Заявление
в филиал (отдел) КУ ОО «Областной центр социальной защиты населения»
по _____ району

(Фамилия, Имя, Отчество)

(населенный пункт, улица, дом, квартира)

(контактный телефон)

(серия и номер паспорта, когда и кем выдан)

№ страхового свидетельства (СНИЛС)

Прошу назначить мне выплату:

- дополнительного материального пожизненного ежемесячного материального обеспечения;
- ежегодной денежной компенсации расходов на санаторно-курортное лечение;
- компенсации расходов на похороны.

К заявлению прилагаю:

- копию документа, удостоверяющего личность;
- копию документа, содержащего сведения о счете заявителя, открытом в кредитной организации (в случае перечисления средств на счет заявителя, открытый в кредитной организации);
- копию постановления Орловского областного Совета народных депутатов о присвоении звания «Почетный гражданин Орловской области».
- дополнительные документы _____.

Обязуюсь сообщить в Департамент социальной защиты, опеки и попечительства, труда и занятости Орловской области о возникновении оснований для приостановления выплаты ежемесячного материального обеспечения, указанного в пункте 13.1. Порядка и размера выплаты дополнительного материального обеспечения лицам, удостоенным звания «Почетный гражданин Орловской области», в течение 5 рабочих дней со дня возникновения данных оснований.

Прошу производить выплату:

- в кредитную организацию _____ на счет № _____.
- с доставкой по месту жительства организацией федеральной почтовой связи.

Я даю свое согласие на обработку в установленном порядке филиалом (отделом) КУ ОО «Областной центр социальной защиты населения» моих персональных данных в целях

назначения и выплаты социальной поддержки лицам, удостоенным звания Почетный гражданин Орловской области

(дата)

(подпись заявителя)

Отрывной талон

Заявление о назначении принято _____.

(число, месяц, год)

По всем вопросам, связанным с назначением и выплатой Вы можете обратиться на личный прием, либо по телефону _____.

Дата регистрации заявления _____ 20__ г. № _____

Подпись специалиста _____