

Приложение 1
к административному регламенту предоставления
казенным учреждением Орловской области
«Областной центр социальной защиты населения»
государственной услуги по выплате социального
пособия на погребение

В филиал (отдел) казенного учреждения Орловской области
«Областной центр социальной защиты населения»
по _____ району

от _____
(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: дата _____ кем _____

Адрес регистрации: _____

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выплате социального пособия на погребение

В соответствии с Федеральным законом от 12 января 1996 года № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» прошу произвести выплату социального пособия на погребение умершего _____, проживавшего _____, который на день смерти:

не подлежал обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и не являлся пенсионером;

в случае рождения мертвого ребенка по истечении 154 дней беременности.

(указать категорию умершего)

К заявлению прилагаю:

Дополнительно сообщая, что _____
(Ф. И. О. умершего)

никогда не работал (не работала), не работал(а) по трудовому договору; не осуществлял деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не относился к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию.

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

Дата обращения _____ 20 ____ г. _____
(подпись заявителя)

Дата регистрации _____ 20 ____ г. № регистрации _____
(подпись специалиста)