

Заведующему филиалом (начальнику отдела) по

казенного учреждения Орловской области
«Областной центр социальной защиты населения»

_____ (Ф.И.О.)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего(-ей) по адресу: _____

_____ (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом,
корпус, квартира)

_____ (сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование,
номер, кем и когда выдан))

номер контактного телефона: _____

адрес эл. почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне ежемесячную доплату к пенсии в соответствии с постановлением Правительства Орловской области от 25 мая 2016 года № 189 «Об утверждении Порядка предоставления дополнительных мер социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов, получившим инвалидность вследствие военной травмы».

К заявлению прилагаю:

(перечень прилагаемых документов)

Я даю свое согласие на обработку в установленном порядке должностными лицами отдела (филиала) по _____ казенного учреждения Орловской области «Областной центр социальной защиты населения», Департамента социальной защиты, опеки и попечительства, труда и занятости Орловской области моих персональных данных в целях назначения ежемесячной доплаты к пенсии.

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. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных – на основании заявления субъекта персональных данных.

Достоверность сообщаемых мной сведений подтверждаю.

Об ответственности за представление документов с заведомо недостоверными сведениями, влияющими на предоставление меры социальной поддержки в виде ежемесячной доплаты к пенсии, предупрежден(-а).

Прошу производить выплату ежемесячной доплаты к пенсии (нужное подчеркнуть):

1) путем перечисления денежных средств на расчетный счет

(реквизиты счета, открытого заявителем в кредитной организации)

2) с доставкой по месту жительства организацией федеральной почтовой связи (только в тех случаях, когда в населенном пункте по месту жительства получателя ежемесячной доплаты к пенсии отсутствуют кредитные организации, филиалы кредитных организаций, внутренние структурные подразделения кредитных организаций и их филиалов, осуществляющие банковские операции по привлечению денежных средств физических лиц во вклады и (или) открытие и ведение банковских счетов физических лиц).

_____ 20 ____ г.

(подпись заявителя)

Заявление и документы _____
(Ф.И.О. заявителя)

приняты _____ 20 ____ г., зарегистрированы под № _____.

Подпись должностного лица _____
(Ф.И.О.)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____
(Ф.И.О. заявителя)

приняты _____ 20 ____ г., зарегистрированы под № _____.

Подпись должностного лица _____
(Ф.И.О.)