

ЗАЯВЛЕНИЕ
на предоставление мер социальной поддержки по обеспечению полноценным питанием

От _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (полный адрес места жительства или места пребывания)

_____ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

Место работы _____
(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с _____
(указать дату)

Вид пенсионного обеспечения:

- Пенсия за выслугу лет Пенсия по старости Пенсия по инвалидности
 Пенсия по случаю потери кормильца Социальная пенсия

Орган, осуществляющий выплату пенсии:

- Пенсионный фонд РФ Минобороны России МВД России
 МЧС России ФСКН России ФСИН России
 Иной орган (указать какой) _____

Льготный социальный статус (указать категорию):

- беременная женщина со сроком беременности не менее семи недель, состоящая на учете в медицинской организации;
 беременная женщина со сроком беременности не менее семи недель, состоящая на учете в медицинской организации и имеющая медицинские показания к назначению дополнительного питания;
 кормящая мать, осуществляющая грудное вскармливание ребенка до достижения им шестимесячного возраста, состоящая на учете в медицинской организации;
 кормящая мать, осуществляющая грудное вскармливание ребенка до достижения им шестимесячного возраста, состоящая на учете в медицинской организации и имеющая медицинские показания к назначению дополнительного питания;
 дети в возрасте от 0 до 6 месяцев, находящиеся на грудном вскармливании;
 дети в возрасте от 0 до 6 месяцев, находящиеся на грудном вскармливании и имеющие медицинские показания к назначению дополнительного питания;
 дети в возрасте от 6 месяцев до трех лет, имеющие медицинские показания к назначению дополнительного питания;
 дети в возрасте от 6 месяцев до трех лет, состоящие на учете в медицинской организации.

Сведения о составе семьи:

№ п/п	Ф. И. О. члена семьи	Дата рождения	Степень родства	Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, серия, номер, дата выдачи и кем выдан паспорт / серия, № свидетельства о рождении детей)	Место работы/ наименование образовательного учреждения (для обучающихся)	Виды доходов, получаемых в расчетный период (3 месяца, предшествующих месяцу обращения)
1						
2						
3						
4						
5						
.....						

Прошу предоставить мне:

меры социальной поддержки по обеспечению полноценным питанием в виде денежных выплат в соответствии с Законом Мурманской области от 12.11.2012 1534-02-ЗМО «Об охране здоровья граждан на территории Мурманской области»

Денежные средства прошу перечислять:

- на расчетный счет № _____, открытый в _____

- на отделение почтовой связи № _____ УФПС Мурманской области.

<p>- Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.</p> <p>- Подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет.</p> <p>- Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.</p> <p>- Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством. Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава или дохода семьи, помещение членов семьи на государственное обеспечение и др.), обязуюсь сообщить в течение одного месяца с даты их наступления.</p> <p><input type="checkbox"/> Согласен(-на) на предоставление государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».</p> <p>О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____ (указать адрес электронной почты)</p>
--

Дата подачи заявления

Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам	_____
	Подпись специалиста, принявшего заявление

Приложение к заявлению
на предоставление мер
социальной поддержки

Наименование (Ф.И.О.) оператора

адрес оператора

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью предоставления социальных выплат и мер социальной поддержки, в том числе получение (предоставление) моих персональных данных от других операторов, участвующих в информационном обмене на основании Договоров (Соглашений).

Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

Документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование, серия и номер)

документа, кем и когда выдан)

Адрес постоянного места жительства: _____

Ознакомлен с порядком получения (предоставления) информации, касающейся обработки моих персональных данных.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

Настоящее заявление действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации. Право отзыва настоящего согласия мне разъяснено.

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)