Руководителю

(орган труда и социальной защиты населения

Республики Крым)

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата рождения , проживающего(ей) по адресу:

 ,

документ, удостоверяющий личность:

 №

выдан:

« » г.

телефон:

Заявление №

Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату на ребенка до достижения им возраста трех лет (далее – ежемесячная выплата)

(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка и дата рождения)

в соответствии с Указом Главы Республики Крым от 14 апреля 2020 года

№ 106-У «Об установлении в Республике Крым дополнительных мер

социальной поддержки, предоставляемых в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)».

Прошу осуществлять ежемесячную выплату путем перечисления денежных средств через:

* отделение почтовой связи
* кредитную организацию

на счет

Сообщаю следующие сведения:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. ребенка (детей), дата рождения | Степень родства | Документ,удостоверяющий личность |
| 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Копии с оригиналами сверены, оригиналы мне возвращены. Достоверность представленных мной сведений подтверждаю:

« » 20 г.

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Настоящим подтверждаю, что на ребенка не

предоставляется выплата, установленная Указом Президента Российской Федерации от 7 апреля 2020 года № 249 «О дополнительных мерах социальной поддержки семей, имеющих детей» (далее – Указ Президента РФ № 249).

« » 20 г.

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Мне разъяснено, что в случае назначения выплаты, установленной

Указом Президента РФ № 249 , осуществление ежемесячной выплаты прекращается.

« » 20 г.

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Настоящим подтверждаю, что на ребенка не

предоставляется выплата, установленная Федеральным законом от 28 декабря 2017 года № 418-ФЗ «О ежемесячных выплатах семьям, имеющим детей» (далее – Федеральный закон № 418-ФЗ)

« » 20 г.

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Мне разъяснено, что в случае назначения выплаты, установленной Федеральным законом № 418-ФЗ на ребенка , осуществление ежемесячной выплаты прекращается.

« » 20 г.

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить в орган труда и социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение ежемесячной выплаты.

В случае непредставления сведений о названных обстоятельствах либо подачи недостоверных сведений обязуюсь возместить излишне выплаченную сумму ежемесячной выплаты в полном объеме.

« » 20 г.

(подпись)

Я даю свое бессрочное (до моего особого распоряжения) согласие на обработку в установленном порядке органу труда и социальной населения

 , ГКУ РК «Центр социальных выплат», Министерству труда и социальной защиты Республики Крым моих персональных данных в целях назначения ежемесячной выплаты на ребенка до достижения им возраста трех лет.

« » 20 г.

(подпись заявителя, Ф.И.О.)

Документы принял: « » 20 г.

(Ф.И.О., подпись специалиста)

Расписку-уведомление о приеме заявления получил

(подпись)

линия отреза

-------------------------------------------------------------------------------------------------- РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял |
| дата приема заявления | Ф.И.О., подпись специалиста, принявшего документы |
|  |  |  |