ГКУ «Магаданский социальный центр»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении мер социальной поддержки**

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя отчество)

 данные паспорта:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | кем выдан |  |
| номер |  | дата выдачи |  |
| дата рождения |  |
| регистрация по месту жительства (пребывания) |  Телефон: |

**Прошу предоставить меры социальной поддержки в виде** (нужное подчеркнуть):

- компенсации расходов по изготовлению и ремонту зубных протезов;

- возмещение фактических расходов (предприятию) по изготовлению и ремонту зубных протезов;

- компенсацию расходов по установке домашнего телефона;

- компенсацию расходов по оплате проезда один раз в год воздушным, водным, междугородным автомобильным, железнодорожным транспортом;

- компенсацию оплаты протезно-ортопедических изделий;

- бесплатного предоставления протезно-ортопедических изделий

в соответствии с законом Магаданской области:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | от 06.12.2004 № 498-ОЗ «О мерах социальной поддержки **ветеранов труда**, проживающих на территории Магаданской области»; |
| 2 | от 06.12.2004 № 502 «О мерах социальной поддержки **тружеников тыла**, проживающих на территории Магаданской области»; |
| 3 | от 28.12.2004 № 519-ОЗ «О мерах социальной поддержки **реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими** от политических репрессий, проживающих на территории Магаданской области»;  |
| 4. | от 10.03.2010 № 1240-ОЗ «О **дополнительных мерах** социальной поддержки отдельных категорий граждан»; |
| 5 | от 03.06.2010г. № 319-па « О порядке возмещения расходов по зубопротезированию гражданам, относящимся к **коренным малочисленным народам Севера** и проживающим на территории Магаданской области»; |
| 6 | От 12.01.2004 № 412-ОЗ «О **ветеранах труда** Магаданской области» |

В трудовых отношениях не состою, индивидуальной трудовой деятельностью не занимаюсь (подчеркнуть нужное).

Денежные средства прошу перечислить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать № банковского счета, № отделения сбербанка, № отделения связи) Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на право получения мер социальной поддержки.

 Я уведомлен (а) на приеме, что в случае выявления недостоверных данных, излишне выплаченные, денежные суммы подлежат удержанию в последующем выплатном периоде в установленном законом порядке.

 В целях решения вопроса о предоставлении мне мер социальной поддержки в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (подпись заявителя) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлинность указанных сведений заверяю: « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист МФЦ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность подпись фамилия, инициалы