*В ГКУ «Магаданский социальный центр»*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении ежемесячной денежной выплаты семьям**

**при рождении третьего или последующих детей**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающая(щий) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированная (ный) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. раб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.сотовый\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Паспорт сверен:  «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г.  дата  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись специалиста | Серия, номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Дата рождения заявителя |  |
| СНИЛС заявителя |  |

Сведения о супруге заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

Документ, удостоверяющий личность

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Паспорт |
| Серия, номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| СНИЛС |  |

**Сведения о детях:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Дата рождения** | **СНИЛС** | **Прошу предоставить выплату на этого ребенка**  **ДА/НЕТ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Прошу перечислять ежемесячные денежные выплаты на:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Счет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(наименование банка) (номер счета) (отделение)

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Обязуюсь не позднее чем в месячный срок извещать государственное учреждение социальной поддержки и социального обслуживания населения о наступлении обстоятельств, влекущих приостановление или прекращение их выплаты, а именно:

* о помещении детей на полное государственное обеспечение;
* о лишении родительских прав;
* о смерти ребенка;
* о выезде на постоянное место жительства за пределы Магаданской области;
* о смене персональных данных заявителя (фамилия, имя, отчество, семейное положение, состав семьи, номер расчетного счета и т.д
* о превышении среднедушевого дохода семьи

**Общая сумма доходов за три последних месяца моей семьи составила:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N  пп | Вид полученного дохода | Сумма дохода  (руб., коп.) | Место получения дохода с указанием работодателя и юридического адреса, место жительства плательщика алиментов |
| 1. | Доходы, полученные от трудовой деятельности |  |  |
| 2. | Денежное довольствие |  |  |
| 3. | Выплаты социального характера (пенсии, пособия, стипендии и пр.) |  |  |
| 4. | **Иные полученные доходы, всего:** |  |  |
|  | в том числе: |  |  |
|  | Доходы, полученные от предпринимательской деятельности |  |  |
|  | Полученные алименты |  |  |
|  | Доходы, полученные от сдачи имущества в аренду, продажи имущества |  |  |
|  | Прочие полученные доходы |  |  |

ИТОГО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи выплаченные алименты в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_ коп., удерживаемые по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, ф.и.о. лица, в пользу которого производятся удержания)

**Обязуюсь не позднее чем в месячный срок извещать государственное учреждение социальной поддержки и социального обслуживания населения о наступлении обстоятельств, влекущих приостановление или прекращение выплаты.**

В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=103290;fld=134;dst=100066) от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку предоставленных мною моих персональных данных.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись заявителя)

**Сведения о детях (указываются все дети до 23 лет)**