

В областное государственное казенное учреждение "Центр социальных выплат" от \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

(область, район, населенный пункт, улица, дом, квартира)

тел. \_\_\_\_\_

Заявление

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_,  
(Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем выдан, дата выдачи) прошу назначить мне меры социальной поддержки, предусмотренные [Законом](#) Костромской области от 29 июня 2016 года N 107-6-ЗКО "О поддержке граждан старшего поколения в Костромской области", в виде:

СНИЛС \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_  
(запрашиваются путем межведомственного взаимодействия, в случае если они не представлены заявителем по собственной инициативе)  
Сведения о лицах, совместно зарегистрированных с заявителем:

Фамилия, имя, отчество (полностью)	Дата рождения	Степень родства	Адрес регистрации	Вид регистрации (постоянная, по месту пребывания)

Несу ответственность за достоверность и полноту указанных мною сведений о составе семьи, предупрежден(а) о том, что указанные сведения могут быть проверены.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Перечень представляемых мною документов:

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

Способ доставки выплаты (почтой или через кредитную организацию) :

(реквизиты для доставки (отделение связи, кредитная организация, номер счета)

Уведомление о назначении (об отказе в назначении) мер социальной поддержки прошу не высылать/прошу выслать почтовым отправлением, в электронной форме, уведомить по телефону (нужное подчеркнуть) :

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом	Законный представитель (доверенное лицо) :
	(Ф.И.О. законного представителя или доверенного лица)
	Документ, удостоверяющий личность: вид: _____ серия, номер _____ дата выдачи _____
	Адрес места жительства (места пребывания, фактического проживания)
	Полномочия законного представителя (доверенного лица) подтверждены:
	(указать наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя или доверенного лица)

Обязуюсь извещать ОГКУ "Центр социальных выплат" обо всех изменениях, влекущих за собой изменение в назначении и предоставлении мер социальной поддержки, в течение одного месяца после наступления изменений.

Я проинформирован(а), что при представлении мною неверных сведений, неуведомлении (несвоевременном уведомлении) об изменениях, влияющих на размер компенсации и на право ее получения, я буду обязан(а) возместить незаконно полученные денежные суммы.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку содержащихся в настоящем заявлении моих персональных данных, то есть их сбор, хранение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы заявителя)

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_

Дата приема заявления: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись специалиста \_\_\_\_\_