

В департамент по труду и социальной
защите населения Костромской области
от _____

адрес регистрации: _____

адрес фактического проживания: _____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной доплаты к пенсии

Я, _____,

(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность: _____,

серия _____, N _____, выдан _____,

(кем, когда)

СНИЛС _____ ИНН _____,

(СНИЛС и ИНН обязательны к заполнению)

прошу назначить мне ежемесячную доплату к пенсии в соответствии с [Законом](#) Костромской области от 29 ноября 2007 года N 224-4-ЗКО "О ежемесячной доплате к пенсии отдельным категориям граждан, проживающих на территории Костромской области", [постановлением](#) администрации Костромской области от 8 августа 2008 года N 263-а "О порядке назначения и выплаты ежемесячной доплаты к пенсии отдельным категориям граждан, проживающих на территории Костромской области":

- как инвалиду вследствие ранения, контузии или увечья, полученных в период выполнения задач в ходе специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики с 24 февраля 2022 года, а также на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 года.

Уведомление о назначении прошу выслать/не выслать (нужное подчеркнуть) по адресу: _____.

Ежемесячную денежную доплату прошу перечислять через (нужное подчеркнуть): почтовую организацию; банковскую организацию.

Сообщаю реквизиты моего счета _____
в отделении N _____ филиала N _____ банка _____

(наименование банковской организации)

"__" _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

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

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

Обязуюсь в течение 5 дней сообщить об обстоятельствах, влияющих на предоставление выплаты, в случае переплаты обязуюсь возместить.

(дата)

(Фамилия, инициалы заявителя)

(подпись заявителя)

Заполняется в случае подачи заявления представителем	Представитель заявителя: _____ (фамилия, имя, отчество представителя заявителя) Документ, удостоверяющий личность: серия, номер _____
---	--

заявителя	дата выдачи _____ выдан _____
	Адрес места жительства _____
	СНИЛС _____ ИНН _____ (СНИЛС и ИНН заполняются при согласии на запрос необходимых документов по каналам межведомственного взаимодействия)
	Полномочия представителя заявителя подтверждены: _____

	(указать наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя)
	" ____ " _____ 20__ г. _____ (Подпись представителя заявителя)

Дата _____ Подпись _____

(дата)

(Фамилия, инициалы заявителя)

(подпись заявителя)

Регистрационный номер заявления: _____

Дата приема заявления: " ____ " _____ 20__ г.

Подпись специалиста _____