

Наименование государственного учреждения или органа государственной власти

ФИО заявителя

Адрес заявителя

Тип, серия, номер и дата выдачи документа, удостоверяющего личность, кем выдан.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить (перерасчитать/возобновить) :

Ежемесячная денежная выплата семьям, воспитывающим детей-инвалидов со злокачественными образованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, со злокачественными новообразованиями других органов и систем, с новообразованиями in situ, с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, за исключением анемий, связанных с питанием, с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами, со спинальной мышечной атрофией и родственными синдромами

Государственная услуга

в соответствии с указом Губернатора Иркутской области от 14 Ноября 2018 года № 236-уг «О мерах по повышению уровня социальной защиты отдельных категорий граждан в Иркутской области»

Нормативно правовой документ

Статус, ФИО льготодержателя, дата рождения

Категория льготодержателя

Адрес регистрации льготодержателя, вид регистрации

На основании данных личного дела:

ФИО, дата рождения

Адрес регистрации

Прошу перечислять денежные средства в соответствии со следующими реквизитами:

ФИО получателя

Наименование организации, БИК, ИНН/КПП

На почту, на расчетный счет

Я ознакомился (ась) с обстоятельствами, влекущими изменение (прекращение) предоставления государственной услуги и обязуюсь своевременно извещать об их наступлении.

Даю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование и передачу моих персональных данных, хранящихся в моем выплатном деле, в целях реализации мер социальной поддержки с даты подписания данного заявления до его письменного отзыва.

Дата

г.

Подпись заявителя