

Директору ГКУ «Управление социальной
защиты населения №

от _____

Документ, удостоверяющий личность

(вид документа, серия и номер документа,

кем выдан документ, дата его выдачи)

Адрес по месту жительства

Телефон _____

Адрес электронной почты _____

Заявление

В соответствии с Федеральным законом от 17 сентября 1998 года № 157–ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» прошу выплатить мне государственное единовременное пособие, ежемесячную денежную компенсацию гражданам при возникновении у них поствакцинального осложнения.
(нужное подчеркнуть)

Выплату государственного единовременного пособия (ежемесячной денежной компенсации) гражданам при возникновении у них поствакцинального осложнения прошу произвести мне через отделение связи № __, кредитную организацию _____ на лицевой счет № _____.

К настоящему заявлению прилагаю:

- 1) заключение об установлении факта поствакцинального осложнения - ___ шт.;
- 2) копию свидетельства о смерти - ___ шт.;
- 3) документ, подтверждающий, что заявитель является членом семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения, - ___ шт.;
- 4) письменное согласие всех совершеннолетних членов семьи о предоставлении государственной услуги одному из членов семьи - ___ шт.;
- 5) справку об инвалидности - ___ шт.

Уведомление о предоставлении государственной услуги прошу направить _____.

(по почте, по электронной почте)

В связи с моим обращением в государственное казенное учреждение «Управление социальной защиты населения № __» для выплаты государственного единовременного пособия (ежемесячной денежной компенсации) гражданам при возникновении у них поствакцинального осложнения даю согласие на обработку моих персональных данных в государственном казенном учреждении «Управление социальной защиты населения № __» в целях и объеме, необходимых для выплаты государственного единовременного пособия (ежемесячной денежной компенсации) гражданам при возникновении поствакцинального осложнения.

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя,
представителя)

Заявление зарегистрировано: _____ г. № _____

(подпись, Ф.И.О., должность
специалиста,
зарегистрировавшего
заявление)

расписка

Документы в количестве _____ шт. принял, проверил специалист _____
Дата приема заявления « _____ » _____ 20 ____ года
Регистрационный № _____
Телефон _____