

Министру социальных отношений  
Челябинской области  
И.В. Буториной

от гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество без сокращений)

(сведения о документе, удостоверяющем личность (вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)

зарегистрированной (ого) по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

фактически проживающей (ого) по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

Заявление о предоставлении ежемесячной денежной выплаты родителям, имеющим детей в возрасте до 18 лет, страдающих буллезным эпидермолизом

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату на ребенка, страдающего буллезным эпидермолизом, \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения) \_\_\_\_\_ рублей

и перечислять ее на мой лицевой счет, открытый в кредитной организации.

Реквизиты:

Наименование банка, в котором открыт лицевой счет: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

Расчетный счет банка \_\_\_\_\_

Кор. счет \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

Лицевой счет получателя \_\_\_\_\_

Обязуюсь в течение 10 дней сообщить в Министерство социальных отношений Челябинской области информацию о:

закрытии или изменении номера лицевого счета (счета банковской карты);

наступлении обстоятельств, повлекших прекращение права на получение ежемесячной выплаты (прекращение гражданства Российской Федерации, прекращение совместного проживания с ребенком родителя, получающего единовременную денежную выплату, прекращение постоянного проживания на территории Челябинской области).

Я выражаю свое согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка органами социальной защиты населения, Министерством социальных отношений Челябинской области, а также на передачу третьим лицам в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты родителям, имеющим детей в возрасте до 18 лет, страдающих буллезным эпидермолизом.

Подпись \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.