

Министру социальных отношений
Челябинской области
И.В. Бугориной

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 икhtiозом

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату на ребенка, страдающего икhtiозом, _____ в размере _____ рублей

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

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 одновременно 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 икhtiозом.

Подпись _____

« ____ » _____ 20 ____ г.