

Начальнику Отдела социальной защиты населения Басманного района
Управления социальной защиты населения Центрального административного округа города Москвы

Сведения о заявителе: **Иванова Марья Ивановна**
(фамилия, имя, отчество заявителя)

Адрес регистрации по месту жительства (по паспорту), почтовый индекс:

107078, Москва, ул. Новая Басманная, дом 10, кв.2

Телефон: +7 (915) 111-11-11

Адрес фактического проживания, почтовый индекс:

107078, Москва, ул. Новая Басманная, дом 10, кв.2

Телефон домашний 8 (495) 222-22-22

Телефон мобильный: 8 915) 111-11-11

E-mail: jjj@yandex.ru

паспортные данные родителя (заявителя)	серия	45 08	дата выдачи	01.07.2011
	номер	123123	дата рождения	02.06.1991
	кем выдан	ПВО ОВД района Басманный города Москвы		
	код подразделения ОВД	123-44	гражданство	РФ
	место рождения	Г. Москва		

ИНН _____

СНИЛС 111-111-111 11

Фамилия, имя, отчество второго родителя (при наличии)

Иванов Петр Петрович

Адрес места жительства (по паспорту) _____

107078, Москва, ул. Новая Басманная, дом 10, кв.2

паспортные данные второго родителя	серия	45 08	дата выдачи	01.08.2012
	номер	123111	дата рождения	01.07.1992
	кем выдан	ПВО ОВД района Басманный города Москвы		
	код подразделения ОВД	123-44	гражданство	РФ
	место рождения	Г. Москва		

ИНН _____

СНИЛС 111-222-111 00

Фамилия, имя, отчество

доверенного лица, законного представителя (опекуна, попечителя)

Контактный телефон 8 (916) 111-11-22

Фамилия, имя, отчество законного представителя (в случае обращения представителя заявителя) _____

Сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя заявителя (наименование, серия и номер, кем и когда выдан) _____

Контактный телефон 8 (____) _____

паспортные данные представителя	серия		дата выдачи	
	номер		дата рождения	
	кем выдан			
	код подразделения ОВД		гражданство	
	место рождения			

Паспортные данные родителей (опекуна, попечителя, законного представителя) сверены

_____ (подпись специалиста, осуществляющего прием запроса)

**ЗАПРОС (ЗАЯВЛЕНИЕ)
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

Прошу предоставить государственную услугу:

1. Назначение пособия по беременности и родам
2. Назначение единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности
3. Назначение единовременного пособия при рождении ребенка
4. Назначение ежемесячного пособия по уходу за ребенком
5. Назначение единовременного пособия беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву
6. Назначение ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву

(выбранную услугу подчеркнуть)

на ребенка (детей) :

фамилия, имя, отчество ребенка	число, месяц, год рождения и место рождения	Серия, номер, дата выдачи, и кем выдано свидетельство о рождении ребенка
1. Иванов Иван Петрович	01.01.2020	
2.		
3.		
4.		
5.		

Единовременное пособие при рождении ребенка назначается по месту работы (службы) отца (матери), в органах социальной защиты населения (ненужное

зачеркнуть) по месту жительства второго родителя

Ранее денежная выплата на детей не назначалась/назначалась (указать, где и на каких детей):

Сведения о составе семьи:

(указываются только родители и их несовершеннолетние дети)

фамилия, имя, отчество родителей и их детей	дата рождения	Серия, номер, дата выдачи и кем выдан документ, удостоверяющий личность	степень родства	отношение к работе, учебе (работает, не работает, обучается, другое)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Сведения о заключении (расторжении) брака между родителями ребенка (детей) либо об изменении Ф.И.О. (без заключения брака и пр.) _____

(серия, номер, дата выдачи и кем выдан правоустанавливающий документ)

Дополнительно сообщая сведения о месте прохождения супругом (отцом ребенка) военной службы по призыву, о постановке на учет в ранние сроки беременности, о факте ликвидации организации по последнему месту работы (нужное подчеркнуть)

(указывается дата выдачи, номер документа, № войсковой части (наименование медицинской организации либо организации по последнему месту работы), адрес)

Денежную выплату прошу выплачивать через организацию федеральной почтовой связи _____

либо кредитную организацию:

Наименование кредитной организации	ПАО «ВТБ»
БИК кредитной организации ¹	044525745
ИНН кредитной организации	7702070139

¹ БИК, ИНН, КПП кредитной организации могут отличаться в зависимости от региона. Подробнее см. здесь: https://www.vtb.ru/o-banke/bank-vtb/rekvizity/#tab_1#

КПП кредитной организации	770943003
Номер счета заявителя	4081781011111111112

Дата " ____ " _____ 20__ г. Подпись _____
 Расписка-уведомление
 (хранится в личном деле заявителя)

Документы, необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаются.

Перечень документов	Дата	Принял (фамилия, имя, отчество, подпись должностного лица, уполномоченного на прием запроса)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Регистрационный номер запроса _____

Мне разъяснено, что денежные выплаты назначаются в течение 10 дней со дня представления в филиал Государственного бюджетного учреждения города Москвы "Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы" многофункциональный центр предоставления государственных услуг района города Москвы (далее - МФЦ) всех документов.

Я бессрочно (до моего особого распоряжения) согласна(ен) на обработку своих персональных данных; на запрос данных, содержащихся в системе обязательного (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования; на проведение ОСЗН района УСЗН АО города Москвы проверки указанных мною сведений о составе семьи, месте ее проживания и доходах каждого члена семьи. В случае проведения такой проверки меня об этом уведомят.

Обязуюсь сообщить в ОСЗН района УСЗН АО города Москвы обо всех изменениях в семье, влияющих на право и размер денежной выплаты (помещение детей на полное государственное обеспечение, перемена места жительства, передача ребенка на воспитание другому родителю, усыновление (удочерение) ребенка, установление отцовства в отношении ребенка, вступление в брак, лишение родительских прав, ограничение в родительских правах, получение пенсии, о получении денежных средств на содержание ребенка, находящегося под опекой, в срок не позднее 30 календарных дней со дня наступления соответствующего обстоятельства.

В случае предоставления мне и (или) другому родителю какой-либо денежной выплаты на ребенка (детей) в другом субъекте Российской Федерации обязуюсь сообщить об этом в срок не позднее 5 календарных дней со дня ее назначения в ОСЗН района УСЗН АО города Москвы, и при возникновении переплаты по этой причине - обязуюсь возместить такую переплату в полном объеме.

О положительном результате предоставления государственной услуги прошу сообщить мне через МФЦ, по телефону (по почтовому адресу), указанному в запросе (нужное подчеркнуть) _____

(подпись заявителя)

Решение об отказе в приеме документов, необходимых для получения государственной услуги, прошу вручить лично.

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги прошу вручить лично.

Дата "___" _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса

Подпись _____

(расшифровка подписи)

Дата "___" _____ 20__ г.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление

_____ (наименование ОСЗН района УСЗН АО, ГБУ МФЦ города Москвы) следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица - субъекта персональных данных (в случае, если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении государственной услуги, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством: _____

_____ (почтовый адрес), _____ (телефон)

_____ (адрес электронной почты).

Подпись _____

(расшифровка подписи)

Дата "___" _____ 20__ г.

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса

Подпись _____ (расшифровка подписи)

Дата " ____ " _____ 20__ г.

Расписка-уведомление
(хранится в личном деле заявителя)

Документы, необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаются.

Перечень документов	Дата	Принял (фамилия, имя, отчество, подпись должностного лица, уполномоченного на прием запроса)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Регистрационный номер запроса _____

Мне разъяснено, что денежные выплаты назначаются в течение 10 дней со дня представления в филиал Государственного бюджетного учреждения города Москвы "Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы" многофункциональный центр предоставления государственных услуг района города Москвы (далее - МФЦ) всех документов.

Я бессрочно (до моего особого распоряжения) согласна(ен) на обработку своих персональных данных; на запрос данных, содержащихся в системе обязательного (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования; на проведение ОСЗН района УСЗН АО города Москвы проверки указанных мною сведений о составе семьи, месте ее проживания и доходах каждого члена семьи. В случае проведения такой проверки меня об этом уведомят.

Обязуюсь сообщить в ОСЗН района УСЗН АО города Москвы обо всех изменениях в семье, влияющих на право и размер денежной выплаты (помещение детей на полное государственное обеспечение, перемена места жительства, передача ребенка на воспитание другому родителю, усыновление (удочерение) ребенка, установление отцовства в отношении ребенка, вступление в брак, лишение родительских прав, ограничение в родительских правах, получение пенсии, о получении денежных средств на содержание ребенка, находящегося под опекой, в срок не позднее 30 календарных дней со дня наступления соответствующего обстоятельства.

В случае предоставления мне и (или) другому родителю какой-либо денежной выплаты на ребенка (детей) в другом субъекте Российской Федерации обязуюсь сообщить об этом в срок не позднее 5 календарных дней со дня ее назначения в ОСЗН района УСЗН АО города Москвы, и при возникновении переплаты по этой причине - обязуюсь возместить такую переплату в полном объеме.

О положительном результате предоставления государственной услуги прошу сообщить мне через МФЦ, по телефону (по почтовому адресу), указанному в запросе (нужное подчеркнуть) _____

(подпись заявителя)

Решение об отказе в приеме документов, необходимых для получения государственной услуги, прошу вручить лично.

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги прошу вручить лично.

Дата "___" _____ 20__ г. Подпись заявителя _____

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса

Подпись _____

(расшифровка подписи)

Дата "___" _____ 20__ г.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление

_____ (наименование ОСЗН района УСЗН АО, ГБУ МФЦ города Москвы) следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных (в случае, если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении государственной услуги, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством: _____

_____ (почтовый адрес), _____ (телефон)

_____ (адрес электронной почты).

Подпись _____

(расшифровка подписи)

Дата "___" _____ 20__ г.

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса

Подпись _____

_____ (расшифровка подписи)

Дата " __ " _____ 20__ г.