

Руководителю \_\_\_\_\_  
(орган труда и социальной защиты Республики Крым)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**Заявление  
о предоставлении единовременной выплаты**

1. Сведения о заявителе

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Статус \_\_\_\_\_

(мать, отец - указать нужное)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан, код подразделения)

Адрес регистрации \_\_\_\_\_ (места пребывания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

2. Сведения о представителе (о доверенном лице)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность представителя (доверенного лица)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан, код подразделения)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) законного  
представителя \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия представителя (доверенного  
лица) \_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, дата выдачи, код подразделения)

Телефон \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

3. Прошу предоставить \_\_\_\_\_ единовременную выплату на ребенка  
(детей):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Реквизиты актовой записи о рождении (номер, дата и наименование органа ЗАГС, составившего запись), паспортные данные	Число, месяц, год рождения	Место рождения	Гражданство	СНИЛС	Наименование и местонахождение организации общего образования, среднего профессионального образования, высшего образования

4. Прошу средства перечислять (указать нужно):  
на мой лицевой счет \_\_\_\_\_,  
(указать номер лицевого счета)

Открытый в \_\_\_\_\_;  
(указать наименование банка)

отделение почтовой связи Федерального государственного унитарного предприятия «Почта Крыма» по месту жительства (пребывания)

\_\_\_\_\_ (указать номер почтового отделения связи)

5. Информацию об установлении единовременной выплаты прошу сообщить  
\_\_\_\_\_  
(по номеру телефона, адресу электронной почты)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена  
(предупрежден) \_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

\_\_\_\_\_ (дата)

6. Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю свое согласие \_\_\_\_\_,  
(наименование органа труда и социальной защиты)

расположенному по адресу: \_\_\_\_\_,

- Государственному казенному учреждению Республики Крым «Центр социальных выплат, модернизации и укрепления материально-технической базы учреждений социального обслуживания и занятости в Республике Крым», расположенному по адресу: г. Симферополь, бул. И. Франко, 25;

- Министерству труда и социальной защиты Республики Крым, расположенному по адресу: г. Симферополь, ул. Крылова, 7, на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка (детей)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, детей)

Я проинформирован(а) о том, что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О

персональных данных», конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения законодательства Российской Федерации. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Данное согласие действует до момента отзыва моего согласия на обработку моих персональных данных, мне разъяснен порядок отзыва моего согласия на обработку моих персональных данных.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Заявление и документы \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

приняты на \_\_\_\_\_ л. и зарегистрированы № \_\_\_\_\_  
(дата)

Специалист, принявший документы \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

-----  
Линия отреза

#### Расписка-уведомление

Специалистом \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

приняты от \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы заявителя)

заявление (регистрационный номер) \_\_\_\_\_ и документы на \_\_\_\_\_ л.

Дата приема заявления \_\_\_\_\_ 2020 г., № журнала учета \_\_\_\_ № записи \_\_\_\_

Для справок: телефон \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы, подпись специалиста \_\_\_\_\_