**Приложение №1**

|  |
| --- |
| ГКУ АО УСЗН по Тамбовскому району |
| (наименование ГКУ-УСЗН) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

об установлении региональной социальной доплаты к пенсии

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

прошу установить региональную социальную доплату к пенсии

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

2. Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Принадлежность к гражданству: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( указывается гражданство пенсионера)

проживающий(ая) в Российской Федерации:

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

(адрес места жительства, места пребывания,

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

фактического проживания, номер телефона)

4.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи документа |  |
| Серия, номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан документ |  | Место рождения |  |

5. Сведения о законном представителе несовершеннолетнего или недееспособного лица, или его представителе по доверенности (нужное подчеркнуть)

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(адрес места жительства, места пребывания,

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

фактического проживания (нужное указать), номер телефона)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи документа |  |
| Серия, номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан документ |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя | |  | |
| Серия,  номер документа |  | Дата выдачи документа |  |
| Кем выдан документ |  | Срок действия документа |  |

6. Настоящим заявлением подтверждаю, что в настоящее время я не осуществляю работу и (или) иную деятельность, в период которой подлежу обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Федеральным законом от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», не являюсь индивидуальным предпринимателем.

7. К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Перечень документов | Кол-во, шт. |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

8. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

обязуюсь безотлагательно извещать ГКУ-УСЗН по муниципальному району (городскому округу) об осуществлении мною работы и (или) выполнении иной деятельности, в период которой я подлежу обязательному пенсионному страхованию, о наступлении других обстоятельств, влекущих изменение размера региональной социальной доплаты к пенсии или прекращение ее выплаты.

9. Наименование и местонахождение органа, осуществляющего пенсионное обслуживание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Организация, через которую осуществляется доставка региональной социальной доплаты к пенсии:

Почтовое отделение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кредитная организация (наименование, № лицевого счета): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Банковские реквизиты законного представителя из числа юридических лиц

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

11. Подтверждаю свое согласие на обработку указанных в заявлении персональных данных.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата заполнения заявления | Подпись заявителя, расшифровка подписи |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Документы представлены  (дата) | Подпись специалиста | Расшифровка подписи специалиста |
|  |  |  |

Расписку-уведомление получил(а).

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный  номер заявления | Дата приема заявления | Принял | |
| подпись специалиста | расшифровка подписи |
|  |  |  |  |

**Приложение №2**

В ГКУ АО-УСЗН по Тамбовскому району

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия номер

(вид документа)

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

свободно, своей волей и в своем интересе **даю согласие** Оператору обработки персональных данных – Государственному казенному учреждению Амурской области – управлению социальной защиты населения по Тамбовскому району, расположенному по адресу: Амурская область, Тамбовский район, с. Тамбовка, ул.Калининская, 66

на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **моих персональных данных** |
|  | **персональных данных представляемого лица** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (ФИО представляемого лица)  представителем которого я являюсь на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных данных) |

Цель обработки персональных данных:

Предоставление государственной услуги «Установление региональной социальной доплаты к пенсии»

(указать наименование государственной услуги)

В рамках данного согласия даю разрешение на передачу следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство, год, месяц, дата и место рождения, адрес места жительства (пребывания), пол, номер телефона, реквизиты удостоверения личности, реквизиты документа, подтверждающего право на льготу, реквизиты документа, подтверждающего правовые основания владения и пользования жилым помещением, сведения о трудоустройстве, стаж, семейное положение, социальное положение, имущественное положение, ИНН, СНИЛС, степень родства, состав семьи, лицевой счет потребителя жилищно-коммунальных услуг, наименование льготной категории, сведения о доходах моих и членов моей семьи, способ выплаты, выплатная информация.

Подтверждаю свое согласие на направление Оператором запросов в органы, организации в целях получения сведений, необходимых для предоставления государственной услуги «Установление региональной социальной доплаты к пенсии»

(указать наименование государственной услуги)

Я ознакомлен(а) с тем, что:

1. согласие действует на период предоставления государственной услуги «Установление региональной социальной доплаты к пенсии»;

(указать наименование государственной услуги)

1. согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
2. в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в [пунктах 2](consultantplus://offline/ref=39A0B1A3DE866659D10C8A1AFCD66211F3BDF7BAD3CBEBE6DCF065728A8C604582F8A438BDB9229DBBE8CD51B1C7A3F681EBE6644DE680F572PAG) – [11 части 1 статьи 6](consultantplus://offline/ref=39A0B1A3DE866659D10C8A1AFCD66211F3BDF7BAD3CBEBE6DCF065728A8C604582F8A438BDB9229DB2E8CD51B1C7A3F681EBE6644DE680F572PAG), [части 2](consultantplus://offline/ref=39A0B1A3DE866659D10C8A1AFCD66211F3BDF7BAD3CBEBE6DCF065728A8C604582F8A438BDB92093B9E8CD51B1C7A3F681EBE6644DE680F572PAG) статьи 10 и [части 2 статьи 11](consultantplus://offline/ref=39A0B1A3DE866659D10C8A1AFCD66211F3BDF7BAD3CBEBE6DCF065728A8C604582F8A438BFB274CAFFB69400F18CAEFF9BF7E66C75PAG) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
3. после прекращения предоставления государственной услуги персональные данные хранятся у Оператора в течение срока хранения документов, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
4. персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения Оператором полномочий и обязанностей, возложенных на него законодательством Российской Федерации, Амурской области.

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

Дата подпись расшифровка подписи

Дата начала обработки персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Приложение №3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ о возобновлении выплаты региональной социальной доплаты к пенсии** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Я, | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | |
| прошу возобновить выплату региональной социальной доплаты к пенсии с | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| в связи с | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (указать причину в соответствии с действующим законодательством) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 2. Настоящим заявлением подтверждаю, что в настоящее время я не осуществляю работу и (или) иную деятельность, в период которой подлежу обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Федеральным законом от 15.12.2001 № 167-ФЗ "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации". | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Я, | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| обязуюсь безотлагательно извещать ГКУ-УСЗН об осуществлении мною работы и (или) иной деятельности, в период которой я подлежу обязательному пенсионному страхованию, о наступлении других обстоятельств, влекущих изменение размера региональной социальной доплаты к пенсии или прекращение ее выплаты. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Наименование и местонахождение органа, осуществляющего пенсионное обслуживание | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Организация, через которую осуществляется доставка региональной социальной доплаты к пенсии: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовое отделение: | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кредитная организация (наименование, № лицевого счета): | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Банковские реквизиты законного представителя из числа юридических лиц | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Подтверждаю свое согласие на обработку указанных в заявлении персональных данных. 7. К заявлению прилагаю: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| № | Перечень документов | | | | | | | | | | | | | | Кол-во, шт. |
| 1 |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2 |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Дата заполнения заявления | | | Подпись заявителя,  расшифровка подписи | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | Документы представлены (дата) | | | | Подпись специалиста | | | Расшифровка подписи специалиста | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Расписку-уведомление получил(а). | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Расписка-уведомление** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Заявление и документы гр. | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Регистрационный номер заявления | | | | | | | | Дата приема заявления | | Принял | | | | | |
| подпись специалиста | | | | расшифровка подписи | |
|  | | | | | | | |  | |  | | | |  | |

**Приложение №4**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о восстановлении выплаты региональной социальной доплаты к пенсии**

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

прошу восстановить выплату региональной социальной доплаты к пенсии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать причину в соответствии с действующим законодательством)

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

2. Настоящим заявлением подтверждаю, что в настоящее время я не осуществляю работу и (или) иную деятельность, в период которой граждане подлежат обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Федеральным законом от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации».

3.Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

обязуюсь безотлагательно извещать ГКУ-УСЗН о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, в период осуществления которой граждане подлежат обязательному пенсионному страхованию, о наступлении других обстоятельств, влекущих изменение размера региональной социальной доплаты к пенсии или прекращение ее выплаты.

4. Организация, через которую осуществляется доставка региональной социальной доплаты к пенсии:

Почтовое отделение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кредитное учреждение (наименование, № лицевого счета):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписку-уведомление получил(а).

К заявлению прилагаю документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения заявления Подпись /Расшифровка подписи/

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Специалист ГКУ-УСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи

**Расписка-уведомление**

Заявление о восстановлении выплаты региональной социальной доплаты к пенсии и документы от гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.