|  |
| --- |
|  |
| Наименование государственного учреждения или органа государственной власти |
|  |
| ФИО заявителя |
|  |
| Адрес заявителя |
|  |
| Тип , серия, номер и дата выдачи документа, удостоверяющего личность, кем выдан. |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу назначить (перерасчитать/возобновить) :

|  |
| --- |
| **Ежемесячная денежная выплата** |
| Государственная услуга |
| **Законом Иркутская область 120-оз от 17.12.2008 “О МЕРАХ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ РЕАБИЛИТИРОВАННЫХ ЛИЦ И ЛИЦ, ПРИЗНАННЫХ ПОСТРАДАВШИМИ ОТ ПОЛИТИЧЕСКИХРЕПРЕССИЙ, В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ”** |
| Нормативно правовой документ |
|  |
| Статус, ФИО льготодержателя, дата рождения |
| **Реабилитированные лица** |
| Категорияльготодержателя |
|  |
| Адрес регистрации льготодержателя, вид регистрации |

Прошу перечислять денежные средства в соответствии со следующими реквизитами:

|  |
| --- |
|  |
| ФИО получателя |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Наименование организации, БИК, ИНН/КПП |
|  | |
| Напочту, нарасчетныйсчет |

Я ознакомился (ась) с обстоятельствами, влекущими изменение (прекращение) предоставления государственной услуги и обязуюсь своевременно извещать об их наступлении.

Даю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование и передачу моих персональных данных, хранящихся в моем выплатном деле, в целях реализации мер социальной поддержки с даты подписания данного заявления до его письменного отзыва.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя