

ИД Заявителя:

заполняет
сотрудник

ГКУ «Социальное казначейство города
Москвы»

Номер направления:

заполняет
сотрудник

ЗАПРОС (ЗАЯВЛЕНИЕ)

на предоставление государственных услуг:

(отметить V)

- ☐ Назначение дополнительного единовременного пособия в связи с рождением ребенка молодым семьям;
- ☐ Назначение ежемесячного пособия в связи с рождением и воспитанием ребенка

Сведения о заявителе:

Иванова Мария Ивановна
(фамилия, имя, отчество)

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

121000, г. Москва, ул. Ленинская, д. 1, кв. 1

Телефон домашний: 8 (499) 111-11-11

Телефон мобильный: 8 (999) 999-99-99

E-mail: Ivanova@mail.ru

паспортные данные родителя (заявителя)	серия	11 11	дата выдачи	10.01.1991
	номер	111 111	дата рождения	01.01.1980
	кем выдан	ОВД района Ленинский		
	код подразделения ОВД	111-111	гражданство	РФ
	место рождения	г. Москва		

СНИЛС 111-111-111 11

Фамилия, имя, отчество, дата рождения супруга Иванов Иван

Иванович 01.12.1979

Адрес места жительства супруга г. Москва, ул. Ленинская,

д. 1, кв. 1

Заполняется если по доверенности

Фамилия, имя, отчество доверенного лица

Контактный телефон 8 ()

паспортные данные доверенного лица (законного представителя)	серия		дата выдачи	
	номер		дата	
			рождения	
	кем выдан			
	код подразделения ОВД		гражданство	
	место рождения			

Паспортные данные матери (доверенного лица) сверены

(подпись специалиста, осуществляющего прием запроса)

Сведения о несовершеннолетних детях:

фамилия, имя, отчество ребенка (детей)	СНИЛС	число, месяц и год рождения
1. Иванов Михаил Иванович	112-222-222-23	01.01.2015
2. Иванова Анна Ивановна	112-223-333-33	01.01.2018
3.		
4.		
5.		

Денежную выплату прошу выплачивать через кредитную организацию:	
Наименование кредитной организации	ПАО СБЕРБАНК
БИК кредитной организации	045345410
ИНН кредитной организации	7777777777
КПП кредитной организации	777777777
Номер счета заявителя	0983465124000000

Дата / / 2024 г.

Подпись заявителя

текущая
дата

Иванов

перечисляю все док-ты которые прилагаю

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. Паспорт		
2. Сведения о реквизитах счета		
3. Свидетельство о заключении брака		
4. Свидетельство о рождении		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Мне разъяснено, что денежные выплаты назначаются в течение 10 рабочих дней со дня представления документов.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в т.ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах, с целью принятия решения о назначении выплат и их осуществлении, на проведение ГКУ «Социальное казначейство города Москвы» проверки указанных мною сведений о составе семьи, месте ее проживания и доходах. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Об отказе в предоставлении государственной услуги прошу сообщить мне по телефону и (или) по электронной почте, указанным в запросе (нужное подчеркнуть).

Дата ____ / ____ / 2024 г.

Подпись заявителя

текущая дата

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса

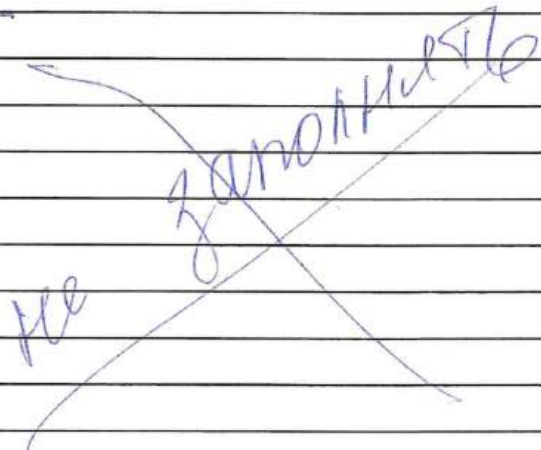
Подпись _____

(расшифровка подписи, дата)

заполняются все документы
которые прилагаются

Расписка-уведомление
(выдается заявителю)

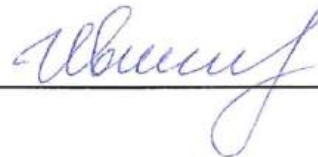
Документы, необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаются.

Перечень документов	Дата	Принял (фамилия, имя, отчество, подпись должностного лица, уполномоченного на прием запроса)
1. Паспорт		
2. Сведения о реквизитах счета		
3. Свидетельство о заключении брака		
4. Свидетельство о рождении		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Мне разъяснено, что денежные выплаты назначаются в течение 10 рабочих дней со дня представления документов.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в т.ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах, с целью принятия решения о назначении выплат и их осуществлении, на проведение ГКУ «Социальное казначейство города Москвы» проверки указанных мною сведений о составе семьи, месте ее проживания и доходах. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Об отказе в предоставлении государственной услуги прошу сообщить мне по телефону и (или) по электронной почте, указанным в запросе (нужное подчеркнуть).

Дата / / 2024 г. Подпись заявителя 

текущая дата

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника), уполномоченного на прием запроса

Подпись _____

(расшифровка подписи, дата)

Заявление

на предоставление дополнительных мер
социальной поддержки

ИД заявителя

Заполняет сотрудник

я, Иванова Мария Ивановна
(ФИО)

Паспорт гражданина Российской Федерации; документ, удостоверяющий личность:

Паспорт ИИ ИИИ ОВБ района Ленинский, 10.01.1991
(тип документа) (серия, номер) (кем, когда выдан)

Дата рождения: «01» января 1980 г., пол жен
день месяц год муж/жен

Контактный телефон: 8-999-999-99-99

e-mail: Ivanova@mail.ru

являясь женой участника СВО

(участником СВО, женой, матерью детей участника СВО, совместно проживающей с участником СВО, братом, сестрой, сыном, дочерью, другим членом семьи участника СВО)

прошу предоставить дополнительные меры социальной поддержки.

Иванова
Подпись гражданина

Иванова М.И.
Расшифровка подписи

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", действуя свободно, своей волей и в своем интересе, понимая значение своих действий, выражаю (даю) Государственному бюджетному учреждению города Москвы «Единый центр поддержки», расположенному по адресу: г. Москва, Береговой проезд д.8, стр.2 (далее - Оператор) свое согласие (далее - Согласие):

1. На обработку Оператором моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; место рождения; реквизиты паспорта и/или иного документа; удостоверяющего личность; адрес регистрации по месту пребывания; адрес регистрации по месту жительства; семейное положение; банковские реквизиты; адрес электронной почты; контактный телефон; фамилию, имя, отчество несовершеннолетних детей; СНИЛС, ИНН; реквизиты удостоверения ветерана боевых действий; реквизиты удостоверения члена семьи погибшего; реквизиты свидетельства о рождении; реквизиты свидетельства о браке; реквизиты свидетельства о рождении детей; реквизиты свидетельства о разводе; реквизиты документа об установлении опеки/попечительства и/или иные документы, подтверждающие право на предоставление отдельных видов социальной поддержки с целью:

предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий участникам СВО и членам их семей;

экспертно-методической работы в сфере предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий участникам СВО и членам их семей.

Согласен(-на) на осуществление с указанными выше персональными данными следующих действий:

сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Согласен(-на) на передачу моих персональных данных:

в Департамент труда и социальной защиты населения г. Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении мер социальной поддержки;

в Департамент образования города Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении мер социальной поддержки;

в Департамент здравоохранения города Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении медицинской помощи;

в Государственное казенное учреждение города Москвы Центр занятости населения города Москвы и в другие организации, принимающие участие и оказывающие содействие в предоставлении мер социальной поддержки и оказании государственных услуг;

в Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества";

в Министерство обороны Российской Федерации;

в другие органы исполнительной власти г. Москвы и подведомственные им организации в объеме, необходимом для предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий.

2. На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) доверенного лица;

контактный номер телефона доверенного лица)

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащи сведения, составляющие врачебную тайну, должностным лицам медицинских организаций в интересах моего обследования и лечения.

Передача лицам, не указанным в этом перечне, моих персональных данных или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение информации о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением негословесных 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. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Иванова
Подпись гражданина

Иванова М.И.
Расшифровка подписи

« » 2024 г. Текущая дата

Заявление принято

Подпись сотрудника

ФИО должностного лица

« » 2024 г.

Заявление (на ребенка)

на предоставление дополнительных мер социальной поддержки

ИД заявителя

заполняет сотрудник

ИД ребенка

заполняет сотрудник

я, Иванова Мария Ивановна (ФИО)

Паспорт гражданина Российской Федерации; документ, удостоверяющий личность:

паспорт 111 1111 050 района Ленинский, 10.01.1991 (тип документа) (серия, номер) (кем, когда выдан)

Дата рождения: 01 января 1980 г., пол жен (день, месяц, год, муж/жен)

Контактный телефон: 8-999-999-99-99

e-mail: Ivanova@mail.ru

являясь законным представителем несовершеннолетнего (-ей) Иванова Михаила Ивановича

документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении: IV-МЮ 000000 10.01.2015 МФЦ Ленинского района г. Москва, приходящегося мне сыном, зарегистрированного(-ой) по адресу: г. Москва, ул. Ленинская, д. 1, кв. 1

прошу предоставить дополнительные меры социальной поддержки.

Иванова М.И. Подпись гражданина

Иванова М.И. Расшифровка подписи

Настоящим, я своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю (даю) свое согласие Государственному бюджетному учреждению города Москвы «Единый центр поддержки», расположенному по адресу: г. Москва, Береговой проезд д.8, стр.2 (далее-Оператор) на обработку с использованием и без использования средств автоматизации персональных данных несовершеннолетнего в объеме:

фамилия, имя, отчество; дата рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации по месту пребывания; адрес регистрации по месту жительства; банковские реквизиты; адрес электронной почты; контактный телефон; СНИЛС; ИНН; реквизиты удостоверения члена семьи погибшего; реквизиты свидетельства о рождении; реквизиты документа об установлении опеки/ попечительства и/или иные документы, подтверждающие право на предоставление отдельных видов социальной поддержки с целью: предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий участникам СВО и членам их семей; экспертно-методической работы в сфере предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий участникам СВО и членам их семей.

Согласен(-на) на осуществление с указанными выше персональными данными несовершеннолетнего следующих действий:

сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Согласен(-на) на передачу персональных данных несовершеннолетнего:

в Департамент труда и социальной защиты населения г. Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении мер социальной поддержки;

в Департамент образования города Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении мер социальной поддержки;

в Департамент здравоохранения города Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении медицинской помощи;

в Государственное казенное учреждение города Москвы Центр занятости населения города Москвы и в другие организации, принимающие участие и оказывающие содействие в предоставлении мер социальной поддержки и оказании государственных услуг.

в Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества";

в Министерство обороны Российской Федерации;

в другие органы исполнительной власти г. Москвы и подведомственные им организации в объеме, необходимом для предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий.

Настоящее согласие действует с даты его подписания бессрочно. Субъект персональных данных в праве отозвать настоящее согласие путем направления соответствующего письменного уведомления ГБУ «Единый центр поддержки».

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение информации о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением негословых 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. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Иванова М.И. Подпись гражданина

Иванова М.И. Расшифровка подписи

2024 г. Текущая дата

Заявление принято

Подпись сотрудника

ФИО должностного лица

2024 г.

ОБЩИЙ КОД СЕМЬИ		Заполняет сотрудник		☐ ВСЦ	☐ Почта
ИД ЗАЯВИТЕЛЯ		Заполняет сотрудник		ДАТА ОБРАЩЕНИЯ	Заполняет сотрудник
АНКЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ (заполняется лично)					
СТЕПЕНЬ РОДСТВА С УЧАСТНИКОМ СВО кем вы приходитесь участнику		УКАЗАТЬ СТЕПЕНЬ РОДСТВА для "член семьи" и "другое"			НАЛИЧИЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО РОДСТВО
☐ Участник СВО ☒ Член семьи участника СВО ☐ Другое		☒ Супруг/-а ☐ Супруг/-а гражданский брак ☐ Супруг/-а бывший ☐ Отец/Мать ☐ Сын/Дочь ☐ Родной брат/сестра ☐ Другое (что именно?)			☐ Да ☐ Нет
ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ				ДАТА РОЖДЕНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	
Иванова Мария Ивановна				01.01.1980	
ПОЛ ЗАЯВИТЕЛЯ		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ		ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ	
☐ Мужской ☒ Женский		☐ Холост/Не замужем ☒ В браке ☐ В гражданском браке ☐ Разведен/а ☐ Вдова/-ец		☒ Нет ☐ I ☐ II ☐ III ☐ Ребенок-инвалид (до 18 лет)	
СНИЛС		ИНН		ПОЛИС ОМС	
111-111-111 11		7777777777		707707707707707	
ПРОПИСКА		АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВИТЕЛЯ			
☒ Постоянная ☐ Временная		121000, г. Москва, ул. Ленинская, д. 1, кв. 1			
Адрес прописки и адрес фактического проживания совпадает		АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			
☐		121000, г. Москва, ул. 2-ая Ленинская, д. 10, кв. 1			
ТЕЛЕФОН			E-MAIL		
8-999-999-99-99			Ivanova@mail.ru		
НАЛИЧИЕ МЕСТА РАБОТЫ		НАИМЕНОВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ			
☒ Да ☐ Нет		ООО "Стоматология"			
ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ					
СТАТУС УЧАСТНИКА СВО			ОТКУДА УБЫЛ УЧАСТНИК СВО		
Поставить "✓" кем является участник ☐ Мобилизованный ☐ Военнослужащий по контракту ☐ Доброволец ☐ Кадровый военный ☐ Росгвардия ☐ Силловые структуры ☐ НМ ЛНР/ДНР ☐ ЧВК ☐ Гражданский специалист ☐ Волонтер ☐ Неизвестно			☐ Москва ☐ Московская область ☐ Неизвестно ☐ Другое		
			КАТЕГОРИЯ УЧАСТНИКА СВО		
			☐ Действующий ☐ Демобилизованный		
			НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ (ТОЛЬКО ДЛЯ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И ЧВК)		
			☐ Вагнер ☐ Барс ☐ Редут ☐ Ахмат ☐ Другое		
ИНФОРМАЦИЯ ОБ УДОСТОВЕРЕНИЯХ					
УДОСТОВЕРЕНИЕ ВБД / УДОСТОВЕРЕНИЕ ЧСП			СЕРИЯ, НОМЕР, ДАТА ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТА		
☐ ВБД ☐ ЧСП ☐ Нет					

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЕДИН РАЗ

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ СВО (заполняют только члены семьи)

ФИО	ДАТА РОЖДЕНИЯ
Иванов Иван Иванович	01.12.1979

ПРОПИСКА	АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ
☒ Постоянная ☐ Временная	г. Москва, ул. Ленинская, д. 1, кв. 1 121000

Адрес прописки и адрес фактического проживания совпадает	АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ
☐	121000, г. Москва, ул. 2-ая Ленинская, д. 10, кв. 1.

НАЛИЧИЕ МЕСТА РАБОТЫ	НАИМЕНОВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ
☒ Да ☐ Нет	ГКБ им. Боткина

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ

(родные дети участника, проживающие с ним или в другой семье / неродные дети, проживающие в семье участника)

ФИО	ДАТА РОЖДЕНИЯ	☒ Проживает со мной
Иванов Михаил Иванович ☐ Ребенок-инвалид	01.01.2015	Адрес фактического проживания г. Москва, ул. 2-ая Ленинская, д. 10, кв. 1.
☒ От текущего брака ☐ От предыдущего брака супруги ☐ Опек ☐ Вне брака ☐ От предыдущего брака участника ☐ Другое (что именно?)		

ФИО	ДАТА РОЖДЕНИЯ	☒ Проживает со мной
Иванова Анна Ивановна ☐ Ребенок-инвалид	01.01.2018	Адрес фактического проживания г. Москва, ул. 2-ая Ленинская, д. 10, кв. 1.
☐ От текущего брака ☐ От предыдущего брака супруги ☐ Опек ☐ Вне брака ☐ От предыдущего брака участника ☐ Другое (что именно?)		