Приложение 1

к положению о выплате доплат к страховой пенсии по старости (инвалидности)

Начальнику Управления социальной защиты населения администрации Саткинского муниципального района

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(ФИО, адрес проживания)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление о выплате доплаты к страховой пенсии по старости (инвалидности)

В соответствии с распоряжением Администрации Саткинского муниципального района от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

указываются реквизиты муниципального правового акта

прошу выплачивать доплату к страховой пенсии по старости (инвалидности) за счет средств бюджета Саткинского муниципального района и осуществлять перечисление доплаты на мой счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Обязуюсь в течение месяца сообщать об обстоятельствах, влекущих прекращение либо изменение предоставления социальной поддержки (изменение места жительства (места пребывания), утрата права на получение социальной поддержки, смена лицевого счета в банковском учреждении, другие).

Настоящим заявлением выражаю свое согласие на обработку и передачу своих персональных данных, необходимых для назначения денежной выплаты, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись (расшифровка подписи)