

Директору ГКУ «Управление социальной защиты населения №

от \_\_\_\_\_

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

(вид документа, серия и номер документа, \_\_\_\_\_

кем выдан документ, дата его выдачи) \_\_\_\_\_

Адрес по месту жительства \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

### Заявление

В соответствии с Федеральным законом от 17 сентября 1998 года № 157–ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» прошу выплатить мне государственное единовременное пособие, ежемесячную денежную компенсацию гражданам при возникновении у них поствакцинального осложнения.  
(нужное подчеркнуть)

Выплату государственного единовременного пособия (ежемесячной денежной компенсации) гражданам при возникновении у них поствакцинального осложнения прошу произвести мне через отделение связи № \_\_, кредитную организацию \_\_\_\_\_ на лицевой счет № \_\_\_\_\_.

К настоящему заявлению прилагаю:

- 1) заключение об установлении факта поствакцинального осложнения - \_\_\_ шт.;
- 2) копию свидетельства о смерти - \_\_\_ шт.;
- 3) документ, подтверждающий, что заявитель является членом семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения, - \_\_\_ шт.;
- 4) письменное согласие всех совершеннолетних членов семьи о предоставлении государственной услуги одному из членов семьи - \_\_\_ шт.;
- 5) справку об инвалидности - \_\_\_ шт.

Уведомление о предоставлении государственной услуги прошу направить \_\_\_\_\_.

(по почте, по электронной почте)

В связи с моим обращением в государственное казенное учреждение «Управление социальной защиты населения № \_\_» для выплаты государственного единовременного пособия (ежемесячной денежной компенсации) гражданам при возникновении у них поствакцинального осложнения даю согласие на обработку моих персональных данных в государственном казенном учреждении «Управление социальной защиты населения № \_\_» в целях и объеме, необходимых для выплаты государственного единовременного пособия (ежемесячной денежной компенсации) гражданам при возникновении поствакцинального осложнения.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись заявителя,  
представителя)

Заявление зарегистрировано: \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О., должность  
специалиста,  
зарегистрировавшего  
заявление)

---

расписка

Документы в количестве \_\_\_\_\_ шт. принял, проверил специалист \_\_\_\_\_  
Дата приема заявления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
Регистрационный № \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_