

В государственное казенное учреждение Владимирской области
«Отдел социальной защиты населения по Селивановскому району»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче сертификата
на областной материнский (семейный) капитал

	(фамилия (в скобках фамилия, которая была при рождении), имя, отчество) 1. Статус _____ (мать, отец, ребенок – указать нужное)
	2. Пол _____ (женский, мужской – указать нужное)
	3. Дата рождения _____ (число, месяц, год)
	4. Место рождения _____ (республика, край, область, населенный пункт)
	5. Документ, удостоверяющий личность _____ (наименование, номер и серия документа,
	кем и когда выдан, дата выдачи)
	6. Принадлежность к гражданству _____ (гражданка(ин) Российской Федерации,
	иностраннй гражданин, лицо без гражданства – указать нужное)
	7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
	8. Адрес места жительства _____ (почтовый адрес места жительства, телефон)
	9. Сведения о законном представителе _____ (фамилия, имя, отчество)
	(почтовый адрес места жительства, телефон)
	10. Дата рождения _____ (число, месяц, год)
	11. Место рождения _____ (республика, край, область, населенный пункт)
	12. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан, дата выдачи)
	13. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан, дата выдачи)

В том случае, если законным представителем является юридическое лицо, то дополнительно указываются реквизиты, в том числе банковские, юридического лица _____

14. Сведения о детях (по очередности рождаемости (усыновления)):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Реквизиты свидетельства о рождении	Число, месяц, год рождения	Место рождения	Гражданство

Прошу выдать мне государственный сертификат на областной материнский (семейный) капитал в связи с рождением (усыновлением) (нужное подчеркнуть) _____
(указать очередность рождения (усыновления) ребенка)

ребенка, _____
(фамилия, имя, отчество,

дата рождения (усыновления) ребенка)

Государственный сертификат на областной материнский (семейный) капитал ранее _____
(не выдавался, выдавался – указать нужное)

Родительских прав в отношении ребенка (детей) _____

(не лишен(а), лишен(а); не ограничен (а) , ограничен (а); мать, отец, усыновитель – указать нужное)

Недееспособной, ограниченно недееспособной _____

(признан (а), не признан(а); мать, отец, усыновитель – указать нужное)

Умышленных преступлений, относящихся к преступлениям против личности, в отношении своего ребенка (детей) _____

(не совершала, не совершал; мать, отец, усыновитель – указать нужное)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена (предупрежден).

Согласен (на) на обработку моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, а также иных данных, необходимых для оказания дополнительных мер социальной поддержки, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющих в распоряжении Департамента социальной защиты населения администрации Владимирской области и государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области с целью предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего письменного отзыва данного согласия.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(дата)

(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении,
соответствуют представленным документам

Заявление и документы _____
(ФИО лица, подавшего заявление)

зарегистрированы _____
(регистрационный номер заявления)

Принял _____
(должность работника)

(дата приема заявления)

(ФИО работника)

(линия отреза)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы

(ФИО лица, подавшего заявление)

зарегистрированы

регистрационный номер заявления)

Принял

(должность работника)

(дата приема заявления)

(ФИО работника)