



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

18.12.2024

г. Тамбов

№ 180

Об утверждении форм заявлений на получение государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений

В соответствии с постановлением администрации Тамбовской области от 17.08.2016 № 951 «Об утверждении Порядка организации работы по назначению и выплате государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений»
п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить форму заявления о назначении государственного единовременного пособия при возникновении поствакцинального осложнения, согласно приложению № 1.

2. Утвердить форму заявления о назначении ежемесячной денежной компенсации при возникновении поствакцинального осложнения, согласно приложению № 2.

3. Опубликовать настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru), на сайте сетевого издания «Тамбовская жизнь» (www.tamlife.ru) и разместить на официальном сайте министерства социальной защиты и семейной политики Тамбовской области в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его первого официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра - начальника управления государственной политики в сфере социальной поддержки граждан и правового сопровождения министерства социальной защиты и семейной политики Тамбовской области Макову М.А.

И.о. министра социальной защиты
и семейной политики Тамбовской области



М.А.Мальцев

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства социальной
защиты и семейной политики
Тамбовской области
от 18.12.2024 № 180

Форма заявления о назначении государственного единовременного пособия при
возникновении поствакцинального осложнения

Министру социальной защиты
и семейной политики Тамбовской области

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении государственного единовременного пособия
при возникновении поствакцинального осложнения
(далее – государственное единовременное пособие)

Прошу назначить мне государственное единовременное пособие

Сведения о заявителе

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (дд.мм.гггг) _____

Сведения о документе,
удостоверяющем личность (вид, дата
выдачи, реквизиты) _____

Гражданство _____

Адрес места жительства (по паспорту) _____

Адрес по месту пребывания _____

Адрес по месту фактического проживания _____

СНИЛС _____

Контактный телефон _____

Документы, удостоверяющие
личность и полномочия представителя
заявителя (вид, дата выдачи, реквизиты) _____

В случае назначения государственного единовременного пособия члену семьи умершего гражданина вследствие поствакцинального осложнения представляю следующие сведения:

ФИО умершего _____

Сведения о смерти (вид, дата выдачи, реквизиты документа) _____

Подтверждаю наличие письменного согласия всех совершеннолетних членов семьи о выплате государственного единовременного пособия одному из членов семьи гражданина в случае его смерти, наступившей вследствие поствакцинального осложнения.

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Перечень документов	Кол-во	Оригинал/копия
1.			
2.			
3.			

Способ получения результата (выбрать один):

<input type="checkbox"/>	непосредственно в учреждении
<input type="checkbox"/>	в ЦСПГ (для граждан, проживающих в Тамбовском муниципальном округе Тамбовской области, городских округах Тамбовской области: город Тамбов, город Котовск)
<input type="checkbox"/>	путем почтового отправления по адресу _____
<input type="checkbox"/>	в личном кабинете заявителя на Едином портале (при наличии технической возможности)

Способы перечисления государственного единовременного пособия:

Через кредитную организацию:

наименование кредитной организации		
БИК кредитной организации		
номер счета заявителя		

Через почтовое отделение

адрес получателя	
номер почтового отделения	

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверной информации.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование,

распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. заявитель _____
Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам

(подпись специалиста)

Заявление и документы гражданки (гражданина) _____ зарегистрированы

(регистрационный номер заявления)

Принял _____ / _____ / « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства социальной
защиты и семейной политики
Тамбовской области
от 18.12.2024 № 180

Форма заявления о назначении ежемесячной денежной компенсации
при возникновении поствакцинального осложнения

Министру социальной защиты
и семейной политики Тамбовской области

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной компенсации
при возникновении поствакцинального осложнения
(далее – ежемесячная денежная компенсация)

Прошу назначить мне ежемесячную денежную компенсацию

Сведения о заявителе

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (дд.мм.гггг) _____

Сведения о документе,
удостоверяющем личность (вид, дата
выдачи, реквизиты) _____

Гражданство _____

Адрес места жительства (по паспорту) _____

Адрес по месту пребывания _____

Адрес по месту фактического проживания _____

СНИЛС _____

Контактный телефон _____

Документы, удостоверяющие
личность и полномочия представителя
заявителя (вид, дата выдачи,
реквизиты) _____

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ пп	Перечень документов	Кол-во	Оригинал/копия
1.			
2.			
3.			

Способ получения результата (выбрать один):

<input type="checkbox"/>	непосредственно в учреждении
<input type="checkbox"/>	в ЦСПГ (для граждан, проживающих в Тамбовском муниципальном округе Тамбовской области, городских округах Тамбовской области: город Тамбов, город Котовск)
<input type="checkbox"/>	путем почтового отправления по адресу _____
<input type="checkbox"/>	в личном кабинете заявителя на Едином портале (при наличии технической возможности)

Способы перечисления ежемесячной денежной компенсации:

Через кредитную организацию:

наименование кредитной организации		
БИК кредитной организации		
номер счета заявителя		

Через почтовое отделение

адрес получателя	
номер почтового отделения	

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверной информации.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Подпись

Дата «__» _____ 20__ г. заявителя _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам

(подпись специалиста)

Заявление и документы гражданки (гражданина) _____ зарегистрированы

(регистрационный номер заявления)

Принял

_____/_____/«__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка)

Дата «__» _____ 20__ г.