Приложение 1
к Порядку предоставления
дополнительных мер поддержки в виде
выплаты единовременного денежного
пособия и предоставления доплаты за найм
жилых помещений медицинским
работникам государственных бюджетных
учреждений здравоохранения
министерства здравоохранения
Краснодарского края, расположенных на
территории муниципального образования
город Армавир

В администрацию муниципального
образования город Армавир
от_____
_____
(ФИО)
дата рождения_____
документ, удостоверяющий личность
_____
_____
адрес: _____
_____
телефон: _____
адрес электронной почты: _____
_____

Заявление.

Прошу предоставить дополнительную меру социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия медицинским работникам государственных бюджетных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования город Армавир.

Выплату единовременного денежного пособия прошу производить через
_____
_____
(наименование банка или иной кредитной организации, номер банковского счета, открытого на имя Заявителя)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие администрации муниципального образования город Армавир, а также МКУ «Централизованная бухгалтерия администрации города Армавира» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных в целях

предоставления дополнительной меры социальной поддержки. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки персональных данных.

В соответствии с действующим законодательством несу ответственность за достоверность сведений, указанных в предоставленных документах.

Желаемый способ получения уведомления: «лично», почтовым отправлением, на адрес электронной почты (нужное подчеркнуть).

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

Приложение:

1) копия паспорта гражданина Российской Федерации;

2) копия трудовой книжки, заверенная Учреждением МЗ КК;

3) копия трудового договора, заверенная Учреждением МЗ КК;

4) информация о наименовании, реквизитах банка или иной кредитной организации, номере банковского счета или счета в иной кредитной организации, открытого на имя заявителя;

5) соглашение о предоставлении мер социальной поддержки (далее - Соглашение) в трех экземплярах, заключаемое между администрацией, заявителем и Учреждением МЗ КК в лице главного врача по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку. Соглашение подписывается заявителем и Учреждением МЗ КК после заключения трудового договора заявителя с Учреждением МЗ КК. Администрация подписывает Соглашение при принятии решения о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки. Соглашение предусматривает обязательное условие о последующей работе заявителя в Учреждении МЗ КК в течение пяти лет с даты заключения Соглашения (в указанный период не засчитывается период нахождения заявителя в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет);

6) копия документа, подтверждающего смену фамилии (имени, отчества) заявителя – в случае несоответствия фамилии (имени, отчества), указанных в документе, удостоверяющем личность, иным документам, указанным в подпунктах 2, 3 настоящего пункта;

7) копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации.

8) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).

Заведующий сектором
по социальной политике
администрации муниципального
образования город Армавир С.С. Куликова