Приложение 2
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 доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам государственных бюджетных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования город Армавир.

Доплату за найм жилых помещений 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 представляемых 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) ходатайство Учреждения МЗ КК на имя заместителя главы муниципального образования город Армавир, курирующего вопросы социального развития, о предоставлении доплаты медицинскому работнику;

6) копия заключенного договора найма жилого помещения;

7) выписка (сведения) из Единого государственного реестра недвижимости об отсутствии в собственности у заявителя и (или) членов его семьи жилых помещений, расположенных на территории муниципального образования город Армавир;

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

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

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