



данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства,

данные документа, подтверждающего полномочия представителя) выплату финансовой помощи в связи с утратой имущества первой необходимости:

(причина утраты)

(дата утраты)

на моих несовершеннолетних детей:

1.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер, дата),

дата и номер записи акта о рождении или реквизиты документа о рождении, выданного компетентным органом иностранного государства)

2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, свидетельство о рождении (серия, номер, дата),

дата и номер записи акта о рождении или реквизиты документа о рождении, выданного компетентным органом иностранного государства)

иных лиц, представителем и (или) законным представителем которых я являюсь:

1.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность)

2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность)

через:

(указывается способ выплаты: через кредитные организации или организации почтовой связи)

Контактные данные заявителя: Телефон: _____

Банковские реквизиты для выплаты:

Лицевой счет: _____ Расчетный счет: _____

Наименование банка: _____

БИК _____ ИНН _____ КПП _____

Номер банковской карты: _____

«__» _____ года _____

(дата) (подпись)
(фамилия, инициалы)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах. Мне разъяснено, что данное согласие может быть мною отозвано.

«__» _____ года _____

(дата) (подпись)
(фамилия, инициалы)

Приложение № 10

к Правилам выделения бюджетных ассигнований из резервного фонда Администрации Арамильского городского округа для предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера

Главе Арамильского городского округа

(инициалы, фамилия)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне, представителю и (или) законному представителю

несовершеннолетнего или недееспособного лица, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения,

данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, адрес места жительства)

выплату единовременного пособия в связи с получением мною вреда здоровью в результате чрезвычайной ситуации на территории Арамильского городского округа:

(реквизиты постановления следователя (дознавателя, судьи) или определения суда о признании гражданина

, пострадавшим и получившим вред здоровью в результате чрезвычайной ситуации)

через: _____

. (указывается способ выплаты: через кредитные организации или организации почтовой связи)

Контактные данные заявителя: Телефон: _____

Банковские реквизиты для выплаты:

Лицевой счет: _____ Расчетный счет: _____

Наименование банка: _____

БИК _____ ИНН _____ КПП _____

Номер банковской карты: _____

«__» _____ года _____

(дата) (подпись)
(фамилия, инициалы)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах. Мне разъяснено, что данное согласие может быть мною отозвано.

«__» _____ года _____

(дата) (подпись)
(фамилия, инициалы)

Приложение № 11
к Правилам выделения бюджетных ассигнований из резервного фонда Администрации Арамильского городского округа для предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера

Главе Арамильского городского округа

(инициалы, фамилия)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне, представителю и (или) законному представителю

несовершеннолетнего или недееспособного лица, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения,

данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства,

данные документа, подтверждающего полномочия представителя) выплату единовременного пособия в связи с получением вреда здоровью в результате чрезвычайной ситуации на территории Арамильского городского округа моими несовершеннолетними детьми:

1.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, СНИЛС, свидетельство о рождении (серия, номер, дата),

,
дата и номер записи акта о рождении или реквизиты документа о рождении, выданного компетентным органом иностранного государства)

2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, СНИЛС, свидетельство о рождении (серия, номер, дата),