



данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства,

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

(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 рожде-  
нии,  
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 рожде-  
нии,  
выданного компетентным органом иностранного государства)  
иных лиц, представителем и (или) законным представителем которых я  
являюсь:

1.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, данные докумен-  
та, удостоверяющего личность)

2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, данные докумен-  
та, 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, систематиза-  
цию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение  
(в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) све-  
дений, 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,

(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 (дознателя, судьи) или опреде-  
ления 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, систематиза-  
цию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение  
(в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) све-  
дений, 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 городско-  
го округа моими несовершеннолетними детьми:

1.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, СНИЛС, свиде-  
тельство о рождении  
(серия, номер, дата),

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

2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, СНИЛС, свиде-