**Единовременная денежная выплата членам семьи погибшего военнослужащего, принимавшего участие в специальной военной операции**

 Приказом Министерства труда, социального развития и занятости населения Республики Алтай от 11 октября 2022г. № П/339 «Об утверждении Порядка предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям граждан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства труда, социального развития и занятости населения Республики Алтай» утверждена единовременная денежная выплата членам семьи погибшего (умершего) в ходе участия в специальной военной операции военнослужащего, лица, проходившего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации, гражданина, заключившего контракт, добровольца, мобилизованного, в размере 1000 000 рублей в равных долях каждому члену семьи погибшего гражданина.

Членами семьи погибшего являются граждане Российской Федерации супруга (супруг), состоящая (состоящий) в зарегистрированном браке с погибшим по состоянию на день гибели (смерти) погибшего, родители погибшего, дети погибшего.

В случае отсутствия членов семьи погибшего, к членам семьи приравниваются родные братья (сестры) погибшего.

 Для назначения единовременной выплаты, заявителю (заявителям) необходимо предоставить в Казенное учреждение Республики Алтай «Управление социальной поддержки населения Майминского района», следующие сведения (документы):

1) личное [заявление](#Par177) по установленной форме;

2)документ, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации, предусмотренный федеральным законодательством, заявителя (уполномоченного представителя);

3) копии документов, подтверждающих принадлежность заявителя к членам семьи погибшего (свидетельство о заключении брака для супруги (супруга); свидетельство о рождении - для родителей; свидетельство о рождении ребенка (в том числе усыновленного) - для детей; судебное решение и иные документы, подтверждающие принадлежность заявителя к членам семьи погибшего);

4) копию свидетельства о смерти погибшего;

5)копии документов, подтверждающих факт проживания и (или) регистрации погибшего на территории Республики Алтай;

6) копию документа, подтверждающего гибель (смерть) в ходе участия в специальной военной операции;

7) согласие на обработку персональных данных в письменной форме ([часть 4 статьи 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422875&date=21.04.2023&dst=100282&field=134) Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных").

  **Форма заявления**

 В КУРА "Управление социальной поддержки

 населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, последнее -

 при наличии)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (регистрация по месту жительства;

 почтовый индекс, город, улица, дом,

 корпус, квартира; номер контактного

 телефона)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата рождения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 место рождения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 паспорт:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении мер социальной поддержки отдельным категориям граждан

 Прошу предоставить денежную выплату как члену семьи погибшего

(умершего) в ходе участия в специальной военной операции военнослужащего,

лица, проходившего службу в войсках национальной гвардии Российской

Федерации, гражданина, заключившего контракт, добровольца, в размере (доля)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

также прошу предоставить долю(и) денежной выплаты, причитающуюся(щиеся)

несовершеннолетнему(ним)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается родственное отношение к погибшему(ей), умершему(ей),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество, последнее - при наличии, дата рождения)

Денежную выплату прошу произвести переводом на мой банковский счет

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер банковского счета, наименование и реквизиты отделения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(филиала) кредитной организации на территории Российской Федерации,

его местонахождение)

Сообщаю сведения о членах моей семьи по состоянию на "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) | Дата и место рождения | СНИЛС | Адрес регистрации | Адрес фактического проживания | Степень родства |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Иных членов семьи, за исключением указанных в заявлении, имеется/не имеется

(ненужное зачеркнуть).

 Мною представлены следующие документы:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принял и проверил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, подпись специалиста учреждения)