



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

16.11.2023

№ 2019-НПА

г. Новосибирск

Об утверждении формы заявления о предоставлении государственной услуги по выплате государственного единовременного пособия и ежемесячной денежной компенсации гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении государственной услуги по выплате государственного единовременного пособия и ежемесячной денежной компенсации гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений (далее – заявление).

2. Управлению организации социальных выплат министерства труда и социального развития Новосибирской области (Мальцева Т.А.) обеспечить использование формы заявления при предоставлении государственной услуги по выплате государственного единовременного пособия и ежемесячной денежной компенсации гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений центрами социальной поддержки населения, подведомственными министерству труда и социального развития Новосибирской области.

Министр

Е.В. Бахарева

УТВЕРЖДЕНА
 приказом министерства труда и
 социального развития
 Новосибирской области
 от 16.11.2023 № 2019-НПА

ФОРМА

Руководителю центра социальной поддержки населения _____
 от _____
 проживающего(ей) по адресу: _____

 паспорт (иной документ, удостоверяющий личность): серия _____ номер _____
 кем выдан _____
 дата выдачи _____
 контактный телефон _____
 страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги по выплате государственного
 единовременного пособия и ежемесячной денежной компенсации гражданам при
 возникновении у них поствакцинальных осложнений

Я _____, являюсь (отметить нужное)
 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

- гражданином, у которого установлено наличие поствакцинального осложнения;
- членом семьи гражданина в случае его смерти, наступившей вследствие поствакцинального осложнения;
- гражданином, признанным инвалидом вследствие поствакцинального осложнения.

Прошу выплатить: одним из указанных способов (отметить нужное)

- государственное единовременное пособие;
- ежемесячную денежную компенсацию;

перечислить в кредитную организацию:

- _____
 (№ карты платежной системы «МИР»)
- _____
 (№ лицевого счета и реквизиты кредитной организации иной платежной системы)

доставить по адресу:

(адрес, организация почтовой связи)

(дата)

(подпись)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

(дата)

(подпись)