

ЗАЯВЛЕНИЕ

о получении дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременного денежного пособия

Гр. *Иванов Иван Иванович, 01.01.1993*

(фамилия, имя, отчество, дата, месяц год рождения)

заключивший договор (контракт) *договор о целевом обучении № 2 от 30.06.2014*

(наименование договора (контракта), его номер и дата)

Место регистрации по месту проживания (пребывания): *214000, гор. Смоленск, ул. Ленина, д. 10, кв.10 (СТРОГО ПО ПАСПОРТУ ВСЕ СОКРАЩЕНИЯ)*

Место фактического проживания: *214000, гор. Смоленск, ул. Ленина, д. 10, кв.10 (ЛИБО ФАКТИЧЕСКОЕ МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ)*

Контактный телефон: _____ *(ЗАПОЛНИТЬ)*

Паспорт: серия _____ № _____, выданный _____
(кем выдан)

дата выдачи _____ *(СТРОГО ПО ПАСПОРТУ)*

Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования _____
(КОПИЮ ПРИЛОЖИТЬ).

ИНН физического лица _____
(КОПИЮ ПРИЛОЖИТЬ).

Наименование областного государственного учреждения здравоохранения, с которым гражданином заключен трудовой договор, *Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Наименование»*

Наименование занимаемой должности в областном государственном учреждении здравоохранения с указанием структурного подразделения *врач-педиатр участковый (подразделение указать при наличии в Именительном падеже)*

Наименование населенного пункта, в котором расположено областное государственное учреждение здравоохранения, с которым гражданином заключен трудовой договор, *улица, дом, город, район, область, Российская Федерация, индекс*
код ОКТМО _____ *(ЗАПОЛНИТЬ)*

Прошу предоставить мне единовременное денежное пособие в размере *200 000 (двести тысяч) рублей/ 100 000 (сто тысяч) рублей/*, установленное постановлением Администрации Смоленской области от 18.05.2022 № 323 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2022 году».

Причитающуюся сумму единовременного денежного пособия прошу перечислить _____

(указать кредитную организацию и номер счета)
(ЗАПОЛНИТЬ, КОПИЮ ПРИЛОЖИТЬ).

Приложение: (*)

«__» _____ 20 г.

(подпись заявителя)

(*)К заявлению прилагаются документы согласно Порядку предоставления в 2022 году дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременного денежного пособия следующим категориям работников областных государственных учреждений здравоохранения.