**Единовременная денежная выплата гражданам, получившим ранение (увечье, травму, контузию), принимавшим участие в специальной военной операции, проводимой на территории Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины**

 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» определен перечень категорий граждан, имеющих право на получение единовременной денежной выплаты из регионального бюджета в размере 500 000 рублей в случае ранения:

 а) военнослужащие, проходящие (проходившие) военную службу в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях и органах, в которых федеральным законодательством предусмотрена военная служба;

 б) военнослужащие, проходящие (проходившие) службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации, лица, проходящие (проходившие) службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющие специальное звание полиции;

в) граждане, поступившие на военную службу по контракту в именное подразделение Республики Алтай "Ирбис";

г) граждане, добровольно выполняющие (выполнявшие) задачи в ходе проведения специальной военной операции на территории Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины, подтвердившие свое участие в специальной военной операции выпиской из приказа войсковой части;

д) граждане Российской Федерации, призванные на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации.

Для назначения денежной выплаты, заявителю 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;

3) документ, подтверждающий постоянное проживание на территории Республики Алтай или регистрацию по месту дислокации воинской части на территории Республики Алтай;

4)справку с места прохождения военной службы, службы по контракту;

5)копию документа, подтверждающего увечье (ранение, травму, контузию), полученного (полученной) в ходе участия в специальной военной операции;

6) 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 мне денежную выплату гражданам, получившим ранение (увечье, травму, контузию), принимавшим участие в специальной военной операции на территории Донецкой Народной республики, Луганской Народной Республики и Украины, в размере: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать наименование денежной выплаты, размер денежной выплаты)

 Денежную выплату прошу произвести переводом на мой банковский счет

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

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

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

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

 (номер банковского счета, наименование, реквизиты отделения (филиала)

 кредитной организации на территории Российской Федерации,

 его местонахождение)

 К заявлению прилагаю следующие документы:

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

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

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

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

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

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

 (дата, подпись специалиста учреждения)