



**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

14.09.2022

№ 82

г. Киров

**Об утверждении форм заявлений при предоставлении мер социальной поддержки детям отдельных категорий граждан, принимающих (принимавших) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины**

В соответствии с подпунктом 7.1 пункта 7 Порядка и условий предоставления компенсации расходов, связанных с оплатой стоимости обучения в федеральных государственных образовательных организациях высшего образования, детям отдельных категорий граждан, принимающих (принимавших) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины, с подпунктом 7.1 пункта 7 Порядка и условий предоставления ежемесячной денежной выплаты, детям отдельных категорий граждан, принимающих (принимавших) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины, утвержденных постановлением Правительства Кировской области от 02.08.2022 № 404-П «О социальной поддержке детей отдельных категорий граждан, принимающих (принимавших) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины»:

1. Утвердить форму заявления о предоставлении компенсации расходов, связанных с оплатой стоимости обучения в федеральных государственных образовательных организациях высшего образования, детям отдельных категорий граждан, принимающих (принимавших) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины согласно приложению № 1.

2. Утвердить форму заявления о предоставлении ежемесячной денежной выплаты, детям отдельных категорий граждан, принимающих

(принимавших) участие в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины согласно приложению № 2.

3. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр  
социального развития  
Кировской области **О.Ю. Пулятьева**



Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства  
социального развития  
Кировской области  
от 14.09.2022 № 82

ФОРМА

В КОГКУ « \_\_\_\_\_ »  
от \_\_\_\_\_  
проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_,  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_,  
кем выдан \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить в соответствии с частью 1 статьи 6<sup>1</sup> Закона Кировской области от 10.05.2018 № 160-ЗО «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Кировской области» (далее – Закон Кировской области от 10.05.2018 № 160-ЗО) компенсацию расходов, связанных с оплатой стоимости обучения в федеральных государственных образовательных организациях высшего образования (далее – компенсация).

Компенсация ранее предоставлялась/не предоставлялась  
(нужное подчеркнуть)

Компенсацию в размере стоимости обучения, согласно договору об образовании, прошу производить образовательной организации, зачислившей меня на обучение на платной основе не в пределах специальной квоты в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 09.05.2022 № 268 «О дополнительных мерах поддержки семей военнослужащих и сотрудников некоторых федеральных государственных органов»:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(полное наименование образовательной организации)

К заявлению прилагаю следующие документы:

| №<br>п/п | Наименование<br>документа | Номер<br>документа | Дата<br>выдачи | Организация |
|----------|---------------------------|--------------------|----------------|-------------|
| 1        |                           |                    |                |             |
| 2        |                           |                    |                |             |

За достоверность представленных документов несу персональную ответственность. Против проверки представленных мной сведений не возражаю.

Обо всех изменениях, влияющих на предоставление компенсации, обязуюсь в течение 10 рабочих дней сообщить в орган социальной защиты населения по месту жительства (пребывания).

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю согласие на обработку своих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование) в целях предоставления компенсации.

Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи заявления в орган социальной защиты населения.

Предупрежден(а) об уголовной ответственности за мошенничество при получении выплат в соответствии со статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

### Расписка-уведомление\*

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_

| Регистрационный<br>номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) |                    |         |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|---------|
|                                    | Дата                                                       | Ф.И.О. специалиста | Подпись |
|                                    |                                                            |                    |         |

\_\_\_\_\_  
(линия отреза)

### Расписка-уведомление\*

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_

| Регистрационный<br>номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) |                    |         |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|---------|
|                                    | Дата                                                       | Ф.И.О. специалиста | Подпись |
|                                    |                                                            |                    |         |

\*Заполняется специалистом.

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства  
социального развития  
Кировской области  
от 14.09.2022 № 82

ФОРМА

В КОГКУ « \_\_\_\_\_ »  
от \_\_\_\_\_  
проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_,  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_,  
кем выдан \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне в соответствии с частью 2 статьи 6<sup>1</sup> Закона Кировской области от 10.05.2018 № 160-ЗО «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Кировской области» (далее – Закон Кировской области от 10.05.2018 № 160-ЗО) ежемесячную денежную выплату по категории *(нужное отметить)*:

- ☐ ребенок военнослужащего, погибшего (умершего) в ходе специальной военной операции или ставших инвалидами I группы вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в ходе специальной военной операции;
- ☐ ребенок военнослужащего, ставшего инвалидом II группы вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в ходе специальной военной операции

Ежемесячная денежная выплата ранее предоставлялась/не предоставлялась  
*(нужное подчеркнуть)*

Ежемесячную денежную выплату прошу производить *(нужное отметить)*:

- ☐ через кредитно-финансовую организацию \_\_\_\_\_  
(номер отделения)

счет \_\_\_\_\_  
(номер счета)

- ☐ через отделение почтовой связи \_\_\_\_\_  
(номер отделения)

К заявлению прилагаю следующие документы:

| № п/п | Наименование документа | Номер документа | Дата выдачи | Организация |
|-------|------------------------|-----------------|-------------|-------------|
| 1     |                        |                 |             |             |
| 2     |                        |                 |             |             |

За достоверность представленных документов несу персональную ответственность. Против проверки представленных мной сведений не возражаю.

Обо всех изменениях, влияющих на предоставление ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь в течение 10 рабочих дней сообщить в орган социальной защиты населения по месту жительства.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю согласие на обработку своих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование) в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты.

Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи заявления в орган социальной защиты населения.

Предупрежден(а) об уголовной ответственности за мошенничество при получении выплат в соответствии со статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

#### Расписка-уведомление\*

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_

| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) |                    |         |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|---------|
|                                 | Дата                                                       | Ф.И.О. специалиста | Подпись |
|                                 |                                                            |                    |         |

\_\_\_\_\_  
(линия отреза)

#### Расписка-уведомление\*

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_

| Регистрационный номер заявления | Принял специалист органа социальной защиты населения (МФЦ) |                    |         |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|---------|
|                                 | Дата                                                       | Ф.И.О. специалиста | Подпись |
|                                 |                                                            |                    |         |

\*Заполняется специалистом.