Страница 1

В комитет социальной защиты населения администрации муниципального образования Тихвинский муниципальный район Ленинградской области

от заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

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

от представителя заявите*ля (при обращении представителя заявителя):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(*фамилия, имя, отчество представителя заявителя/организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя)

действующего от имени заявителя*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПАСПОРТ | Серия |  | | Номер |  |
| Дата выдачи |  | Кем выдан |  | |
| Место рождения: | | | | | |

Адрес регистрации заявителя по месту жительства:

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

(почтовый индекс, область, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Адрес регистрации заявителя по месту пребывания или фактического проживания *(нужное подчеркнуть)*:

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

(почтовый индекс, область, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении (продлении, возобновлении) ежемесячной денежной выплаты в случае рождения (усыновления/удочерения) третьего ребенка и последующих детей**

Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату, предусмотренную областным законом от 4 октября 2012 г. № 73-оз «Об установлении ежемесячной денежной выплаты семьям в случае рождения (усыновления/удочерения) третьего ребенка и последующих детей» на ребенка:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п.п | Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) | Число, месяц и год рождения ребенка (детей) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Для назначения ежемесячной денежной выплаты представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п.п | Наименование документов | Количество  экземпляров |
| 1. | Копия паспорта |  |
| 2. | Копия свидетельств о рождении детей |  |
| 3. | Справка о регистрации (ф№9) |  |
| 4. | Копия свидетельства о браке/ расторжении брака |  |
| 5. | Копия свидетельства об установлении отцовства |  |
| 6. | Сведения о доходах |  |
| 7. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |

Заявляю, что за период с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

общая сумма доходов моей семьи, состоящей из:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п.п | Фамилия, имя, отчество члена семьи \* | число, месяц и год рождения члена семьи | Степень родства |
| 1. |  |  | Заявитель |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |

\*В составе семьи указывается также заявитель

Страница 2

составила:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п.п | Вид полученного дохода | Суммадохода(руб., коп.) | Место получения дохода с указанием работодателя юридического или физического лица, источника выплаты (с указанием почтового адреса) авторского вознаграждения, Ф.И.О. и место жительства плательщика алиментов и пр. |
|  | Доходы, полученные от трудовой дея­тельности |  |  |
|  | Денежное довольствие |  |  |
|  | Выплаты социального характера (пен­сии, пособия, стипендии и пр.) |  |  |
|  | Иные полученные доходы, всего: |  |  |
|  | *в том числе:* |  |  |
|  | Доходы, полученные от предпринима­тельской деятельности |  |  |
|  | Доходы, полученные от личного под­собного хозяйства |  |  |
|  | Полученные алименты |  |  |
|  | Доходы, полученные от собственности, в том числе от сдачи имущества в аренду, продажи имущества |  |  |
|  | Прочие полученные доходы |  |  |

ИТОГО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи выплаченные алименты в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ коп., удерживаемые по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(основание для удержания алиментов, ф.и.о. лица, в пользу которого производятся удержания)*

Прошу перечислять причитающуюся мне ежемесячную денежную выплату на ребенка (детей) в кредитное учреждение:

|  |  |
| --- | --- |
| В почтовое отделение, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения  \_\_\_\_\_\_ **№**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | В банк **Северо-Западный банк ПАО Сбербанк \_№ 9055/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(название банка, номер отделения и филиала)*  на счет **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать номер счета, а не карты)*  (реквизиты кредитного учреждения (за исключением Северо-Западного  банка Сбербанка России:БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (фамилия, инициалы)

С порядком назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись заявителя) *(*фамилия, инициалы)

Письменное уведомление о назначении единовременной денежной выплаты прошу: направлять (не направлять)

*(ненужное зачеркнуть)*

В соответствии с Федеральным законом [от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»](consultantplus://offline/ref=9A2300D5B2D9C8A049E85CC481D95CC5CECD11206BD6D1CBDC122ADCFF5D4548A54DB5A140A3DBE9z8ECN) прошу запросить необходимые для назначения сведения (документы):

|  |  |
| --- | --- |
| Вид сведений | Сведения для запроса (адрес прежнего места жительства, адрес органа социальной защиты населения по прежнему месту жительства и др.) |
|  |  |
|  |  |

Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) в рамках межведомственного информационного взаимодействия вопрос о назначении ежемесячной денежной выплате будет рассмотрен в течение 10-ти рабочих дней после получения запрашиваемых документов (сведений).

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата | подпись, фамилия и инициалы заявителя/представителя заявителя *(нужное подчеркнуть)* |
|  | Страница 3 |
|  |  |

Обязуюсь сообщить об изменении состава семьи и доходах, влияющих на право получения ежемесячной денежной выплаты, а также о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение (приостановление) ежемесячной денежной выплаты, не позднее, чем в месячный срок с момента наступления соответствующих обстоятельств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (фамилия, инициалы)

Предупреждены, что при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении единовременной выплаты, предусмотрена уголовная ответственность по ст.159.2. Уголовного кодекса Российской Федерации.

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

(подпись заявителя) (фамилия, инициалы)

Прошу орган социальной защиты населения либо МФЦ результаты предоставления государственной услуги (поставить отметку «V»):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | выдать на руки в органе социальной защиты населения | |
|  | выдать на руки в МФЦ | |
|  | направить по почте | |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО | |
|  | информировать устно по телефону | |
| **˅** | информировать на личном приеме | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| дата | | | подпись, фамилия и инициалы заявителя/представителя заявителя *(нужное подчеркнуть)* | |
|  | | |  | |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***заполняется представителем заявителя в случае подачи заявления через представителя:***

Сведения о представителе заявителя:

представитель по доверенности/законный представитель *(нужное подчеркнуть)*

Адрес регистрации места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес регистрации по месту пребывания или фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Наименование и адрес нахождения организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна (попечителя):

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

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата | подпись, фамилия и инициалы представителя заявителя |
|  |  |

***заполняется специалистом ОСЗН при повторном или последующих обращениях заявителя за услугой***

*(в случае наличия в ОСЗН в личном деле заявителя копий документов, необходимых для предоставления услуги,*

*и не предоставления копий этих документов при настоящем обращении за предоставлением услуги)*

Удостоверяю, что последние копии документов, имеющиеся в личном деле заявителя (паспортов, свидетельств о рождении детей, свидетельств о браке (расторжении брака)), совпадают с оригиналами этих документов, предъявленными заявителем (представителем заявителя) при настоящем обращении за услугой.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата | подпись, фамилия и инициалы специалиста |

*заполняется специалистом органа социальной защиты населения*

Специалистом комитета социальной защиты населения администрации муниципального образования Тихвинский муниципальный район Ленинградской области удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) в заявлении

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата | подпись, фамилия и инициалы специалиста |

*заполняется специалистами органа социальной защиты населения*

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. принял от заявителя (представителя заявителя)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и зарегистрировал в журнале регистрации под №06-04-01/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалист комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

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

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_шт. принял от специалиста отдела приема граждан и зарегистрировал в Журнале регистрации заявлений и решений (№**06-08-82/ \_\_\_**) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

специалист комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись специалиста) (фамилия, инициалы)