Страница 1

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

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

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

от представителя заявителя *(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: | | | | | |

(указать фамилию, имя, отчество заявителя полностью)

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

Категория семьи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении мер социальной поддержки в виде пособий и компенсаций на ребенка (детей)**

Прошу назначить (продлить) в соответствии с действующим законодательством: *(нужное–подчеркнуть)*

1) Единовременное пособие при рождении ребенка *(областной закон от 01.12.2004г. № 103-оз);*

**2) Ежемесячное пособие на ребенка** *(областной закон от 01.12.2004г. № 103-оз);*

**3) Ежемесячную компенсацию на полноценное питание** (*областной закон от 27.12.2013г. № 106-оз);*

**- беременной женщине; - кормящей матери либо на ребенка в возрасте до двух лет; - на ребенка третьего года жизни;**

**4) Ежемесячную денежную компенсацию на оплату жилого помещения и коммунальных услуг** (*областной закон от 17.11.2006 г. № 134-оз);*

**5) Ежегодную денежную компенсацию на детей к школе** *(областной закон от 17.11.2006 г. № 134-оз)*

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

Для назначения пособий и компенсаций представляю следующие документы и копии документов:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п.п | Наименование документа | Количество  экземпляров | №  п/п | Наименование документа | Количество  экземпляров |
|  | копия паспорта (документа, удостоверение личность) |  | 7. | документы о доходах членов семьи |  |
|  | копия свидетельства о рождении ребенка |  | 8. | копия аттестата (диплома) |  |
| 3. | копия свидетельства о заключении (расторжении) брака, установлении отцовства |  | 9. | копия трудовой книжки |  |
| 4. | документы, подтверждающие проживание родителей (родителя, усыновителя, опекуна) с ребенком (детьми) на территории Ленинградской области (свидетельство о регистрации по месту жительства (форма № 8) либо свидетельство о регистрации по месту пребывания на территории Ленинградской области (форма № 3), справка форма №9, иной документ, подтверждающий совместное проживание (указать) |  | 10. | Заключение врача для получения ежемесячной компенсации на полноценное питание |  |
| 5. | справка об обучении ребенка |  | 11. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 6. | копия договора о приемной семье |  |  |  |  |

Страница 2

**Заявляю, что за период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

*(Не заполняются при обращении за назначением: единовременного пособия при рождении ребенка; ежегодной денежной компенсации на детей к школе (для многодетных (приемных) семей со СДД выше ВПМ, установленной на дату обращения за выплатой), ежемесячной денежной компенсации на оплату жилищно-коммунальных услуг).*

Общая сумма доходов моей семьи, состоящей из:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п.п | Фамилия, имя, отчество члена семьи \* | Число, месяц и год рождения члена семьи | Степень родства |
|  |  |  | **Заявитель** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*В составе семьи указывается и сам заявитель

составила:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Вид полученного дохода | Сумма дохода  (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: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ коп.**

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)

Документы, подтверждающие отсутствие доходов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Количество  экземпляров |
| 1 | справку о неполучении стипендии либо нахождении в академическом отпуске (для лиц, обучающихся в образовательных организациях по очной форме обучения) |  |
| 2 | справку с места работы о нахождении в отпуске без сохранения заработной платы |  |
| 3 | копию трудовой книжки с записью об увольнении (для одного из родителей), копию аттестата |  |
| 4 | или стационарном лечении (на период такого лечения) (для неработающих граждан) документ (справку), подтверждающий нахождение на амбулаторном |  |
| 5 | заключение (справку) медицинской организации о нуждаемости супруга (супруги), родителей (родителя), ребенка (детей) заявителя (родителей, детей супруга (супруги) заявителя) в постороннем уходе |  |

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. С порядком предоставления мер социальной поддержки ознакомлен (а).

Обязуюсь не позднее 10-ти дней извещать орган социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на размер и (или) выплату мер социальной поддержки.

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

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

Страница 3

В целях получения мер социальной поддержки прошу запросить в соответствии с Федеральным законом [от](consultantplus://offline/ref=9A2300D5B2D9C8A049E85CC481D95CC5CECD11206BD6D1CBDC122ADCFF5D4548A54DB5A140A3DBE9z8ECN)

[27.07.2010г. N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»](consultantplus://offline/ref=9A2300D5B2D9C8A049E85CC481D95CC5CECD11206BD6D1CBDC122ADCFF5D4548A54DB5A140A3DBE9z8ECN) сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид сведений | отметить, если  следует запросить  (указать слово «да» в графе 2) | дополнительные  сведения  (адрес регистрации по месту жительства, орган социальной защиты населения по месту регистрации по месту жительства, копия паспорта другого родителя и др.) |
| сведения о неполучении (прекращении предоставления) мер социальной поддержки (*указать вид мер социальной поддержки*):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| сведения о неполучении пособия (компенсации) на ребенка другим родителем (лицом, заменяющим его) - при раздельном проживании родителей (лиц, заменяющих их) из органа социальной защиты населения по месту жительства другого родителя (лица, заменяющего его) |  |  |
| сведения о размере пенсии и иных выплатах, предоставляемых через территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации и иные органы |  |  |
| сведения территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации о получении супругом (супругой) компенсационной выплаты по уходу за нетрудоспособным гражданином |  |  |
| сведения территориального органа Управления Федеральной налоговой службы об отсутствии доходов |  |  |
| сведения о размере пособия по безработице, стипендии на период переобучения (либо неполучении указанных выплат) и других выплат, получаемых гражданами, обратившимися за государственной услугой, признанными в официальном порядке безработными - из органа государственной службы занятости населения |  |  |
| сведения о наличии (отсутствии) подсобного хозяйства |  |  |
| сведения о регистрации по месту жительства |  |  |
| сведения о регистрации по месту пребывания |  |  |
|  |  |  |

Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) органом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия вопрос о назначении пособий и компенсаций будет рассмотрен в течение 10-ти дней после получения запрашиваемых документов (сведений).

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

Прошу перечислять причитающиеся мне меры социальной поддержки 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

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 |
| V | информировать на личном приеме |

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

Страница 4

***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, 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), установлении отцовства), 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. приняты «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и зарегистрированы в

журнале регистрации № 06-04-01/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

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

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

Заявление и приложенные к заявлению документы принял от специалиста отдела приема граждан КСЗН

и зарегистрировал

в Журнале регистрации заявлений и решений о назначении и выплате пособий на детей (**06-08-58/\_\_\_\_\_**) №\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

в Журнале регистрации заявлений и распоряжений о выплате еж. пособий на детей **(06-08-04/\_\_\_\_)**№\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

в Журнале регистрации заявлений и решений о назначении еж. компенсации на питание (**06-08-78/\_\_\_**) №\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

в Журнале регистрации заявлений и решений о назначении ед. пособия при рожд. ребенка (**06-08-74/\_\_\_)** №\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

в Журнале регистрации заявлений для продления выплаты еж.. пособия на ребенка (**06-08-59/\_\_\_\_)**  №\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

в Журнале регистрации заявлений и решений **(06-08-33/\_\_\_\_)**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

в Журнале регистрации заявлений и решений **(06-08-28/\_\_**\_\_) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

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

*(подпись) (фамилия, инициалы)*