В Управление (отдел) социальной защиты

Министерства труда, занятости и социальной

защиты Республики Татарстан

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

муниципальном районе (городском округе)

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса, телефон, адрес электронной

почты)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность заявителя | Серия и (или) номер | Кем выдан | Дата выдачи |
|  |  |  |  |

Действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия заявителя представлять

интересы получателя государственной услуги)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность получателя | Серия и (или) номер | Кем выдан | Дата выдачи |
|  |  |  |  |

Прошу назначить мне в соответствии с [Постановлением](consultantplus://offline/ref=BD30AB492D512A73140BE3F4C52F72532F01E8E0CBEA6C0120112CD239T3T4N) Правительства

Российской Федерации от 30.06.2010 N 481 ежемесячное пособие на ребенка

(детей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка (детей)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность ребенка | Серия и (или) номер | Кем выдан | Дата выдачи |
|  |  |  |  |

Отец ребенка (детей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. военнослужащего/сотрудника федерального органа власти, погибшего

(умершего), пропавшего без вести, при исполнении обязанностей военной

службы (служебных обязанностей), умершего вследствие военной травмы

после увольнения с военной службы

Назначенные выплаты:

перечислять на счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение \_\_\_\_ Сберегательного

банка Российской Федерации

переводить на п/о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю следующие документы (копии) и справки:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
|  |  |  |
|  |  |  |

Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений, а также за

подлинность приложенных документов. С положением об обязанности

своевременного извещения о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение

(изменение) выплат, ознакомлен.

Заявитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(Ф.И.О. получателя государственной услуги, (подпись)

заявителя либо лица, представляющего

интересы получателя государственной услуги

на основании доверенности, заверенной

в установленном порядке)

Согласен(на) на получение информации, в том числе о предоставлении (отказе

в предоставлении) государственной услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(письменно, по телефону,

смс-сообщением,

электронной почтой)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление и документы приняты \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи специалиста)

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

Линия отрыва

Расписка-уведомление

Регистрационный N заявителя

Количество документов \_\_\_\_ ед. на \_\_ листах

Документы принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(должность) (подпись) (расшифровка подписи) (дата)