Отделение РЦМП (КВ) N \_\_\_

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

 муниципальном районе (городе)

 ЗАЯВЛЕНИЕ N

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

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

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

 (почтовый адрес заявителя с указанием индекса, телефона)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)

1. Прошу назначить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество получателя выплат)

Статус получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (мать, отец, лицо, их заменяющее)

зарегистрированного(ую) по месту жительства (месту пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес получателя с указанием индекса,

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

 телефона (указывается на основании записи в паспорте или документе,

подтверждающем регистрацию по месту жительства, месту пребывания)

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

 почтовый адрес получателя с указанием индекса

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование выплаты | Нужное отметить |
| 1 | Ежемесячную денежную выплату |  |
| 2 | Ежемесячную денежную выплату на проезд |  |
| 3 | Субсидию-льготу |  |
| 4 | Субсидию на оплату услуг связи |  |
| 5 | Субсидию на проезд |  |
| 6 | Субсидию на приобретение лекарственных средств |  |
| 7 | Ежемесячное пособие на ребенка |  |
| 8 | Ежемесячное пособие по уходу за ребенком |  |
| 9 | Компенсацию части родительской платы за содержание ребенка в ДДУ |  |
| 10 | Ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего по призыву |  |
| 11 | Единовременное пособие беременной жене военнослужащего по призыву |  |
| 12 | Пособие по беременности и родам |  |
| 13 | Единовременное пособие при рождении ребенка |  |
| 14 | Единовременное пособие при рождении одновременно трех и более детей |  |
| 15 | Ежемесячное пособие семьям, воспитывающим трех и более одновременно рожденных детей в возрасте до полутора лет |  |
|  | рожденных детей в возрасте до полутора лет |  |
| 16 | Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности |  |
| 17 | Единовременную субсидию на установку приборов учета электроэнергии |  |
| 18 | Ежегодную денежную выплату гражданам, награжденным нагрудным знаком "Почетный донор России" или "Почетный донор СССР" |  |
| 19 | Социальное пособие на погребение |  |
| 20 | Компенсацию расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства |  |
| 21 | Компенсацию расходов по проезду на транспорте к месту лечения в государственные учреждения здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства |  |
| 22 | Возмещение расходов на погребение реабилитированных граждан |  |
| 23 | Возмещение расходов, связанных с установкой телефона реабилитированным гражданам |  |
| 24 | Единовременное денежное пособие при выпуске из образовательного учреждения |  |
| 25 | Единовременное пособие на приобретение одежды, обуви, мягкого инвентаря и оборудования при выпуске из образовательного учреждения |  |
| 26 | Ежемесячную стипендию |  |
| 27 | Ежегодное пособие на приобретение учебной литературы и письменных принадлежностей |  |
| 28 | Ежегодное пособие на приобретение одежды, обуви и мягкого инвентаря |  |
| 29 | Дополнительную ежемесячную денежную выплату на ребенка-инвалида |  |
| 30 | Пособие по беременности и родам женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организации |  |
| 31 | Ежемесячную денежную компенсацию военнослужащим, гражданам, призванным на военные сборы, ставшим инвалидами вследствие военной травмы, и членам их семей, пенсионное обеспечение которых осуществляется Пенсионным фондом Российской Федерации |  |

Представляю следующие документы (справки):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование документов | Количество экземпляров |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

2. Состав семьи получателя выплаты (заполняется при необходимости)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Ф.И.О. | Дата рождения | Степень родства | Реквизиты паспорта (свидетельства о рождении детей) | Нужное отметить [<\*>](#P245) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

При наличии опеки над ребенком указать местонахождение органа, установившего

опеку

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

3. Назначенные выплаты перечислять:

реквизиты счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (указываются реквизиты счета, открытого в установленном

 законом порядке получателем государственной услуги либо его законным

 представителем)

реквизиты почтового отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указываются реквизиты почтового отделения

получателя государственной услуги либо его законного представителя)

4. Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений, а

также подлинность документов, в которых они содержатся. С положением об

обязанности своевременного извещения о наступлении обстоятельств, влекущих

прекращение (изменение) выплат, ознакомлен.

5. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных" я даю свое согласие на сбор, обработку, в том числе

автоматизированную, хранение и передачу третьим лицам в системе

информационного обмена персональных данных

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

(указывается Ф.И.О. получателя государственной услуги, а также заявителя, в

 случае, если заявление подается лицом, представляющим интересы получателя

 государственной услуги)

указанных в настоящем Заявлении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись заявителя)

Заявитель:

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

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

услуги либо лица, представляющего

интересы получателя государственной

услуги на основании доверенности,

заверенной в установленном законом

порядке)

6. 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)