Отделение РЦМП (КВ) N \_\_\_\_\_

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, телефона, адрес электронной

почты)

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

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

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

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия заявителя представлять

интересы получателя государственной услуги)

Место фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

почтовый адрес получателя с указанием индекса

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

(фамилия, имя, отчество получателя выплат)

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

(адрес проживания получателя, реквизиты документа, удостоверяющего личность

получателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, не

(статус лица, имеющего право на получение выплат)

имеющей(ему) постоянного места жительства за пределами Российской

Федерации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 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 [<\*>](#P227) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Подтверждаю, что данные дети (ребенок) не находятся на полном

государственном обеспечении.

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

(подпись, расшифровка подписи заявителя)

При наличии опеки над ребенком указать местонахождение органа,

установившего опеку

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

3. Назначенные выплаты перечислять:

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

(указываются реквизиты счета, открытого в установленном

законодательством 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 представленных 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](consultantplus://offline/ref=9C792597D12517DE1AC925E4FFF1489F8945542DFCE74F9AC631098533nFIEM) 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 услуги, (подпись)

заявителя либо лица, представляющего

интересы получателя государственной

услуги на основании доверенности,

заверенной в установленном 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)