рекомендуемая форма

В Отделение N \_\_ ГКУ "Республиканский

центр материальной помощи

(компенсационных выплат)" в

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

муниципальном районе (городском округе)

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

(Ф.И.О. (последнее - при наличии) заявителя)

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

проживающая(ий) по адресу:

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

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса, номера телефона, адреса

электронной почты)

действующая(ий) на основании:

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

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия лица, представляющего

интересы заявителя, при обращении доверенного лица или законного

представителя)

СНИЛС (заявителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу назначить\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. (последнее - при наличии) заявителя государственной услуги)

проживающей(му) по адресу:

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

(почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства заявителя

государственной услуги)

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя государственной

услуги)

компенсацию части родительской платы за присмотр и уход за ребенком в

образовательных организациях, реализующих образовательную программу

дошкольного образования.

Представляю следующие документы (справки):

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

Состав семьи заявителя выплаты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Ф.И.О. (дата рождения) | Родственные отношения | Реквизиты паспорта (свидетельства о рождении детей) | Нужное отметить <\*> |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

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

<\*> отмечаются дети, в отношении которых назначается государственная услуга.

Подтверждаю, что указанные в заявлении дети (ребенок) не находятся на

полном государственном обеспечении, а также в отношении их (его)

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

(Ф.И.О. (последнее - при наличии) заявителя государственной услуги)

не лишен(а) родительских прав, не ограничен(а) в родительских правах

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

(подпись, расшифровка подписи заявителя)

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

(при установлении опеки над ребенком указать наименование и местонахождение

органа, установившего опеку)

Назначенную выплату прошу произвести:

путем перечисления на счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются реквизиты счета, открытого в установленном

законом порядке заявителем государственной услуги либо

его законным представителем)

через почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются реквизиты почтового отделения заявителя

государственной услуги либо его законного представителя)

С положениями об ответственности за достоверность предоставленных

сведений, подлинность документов, в которых они содержатся, и об

обязанности своевременного извещения об изменении условий, влияющих на

выплату мер социальной поддержки, ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя либо лица,

представляющего интересы заявителя

на основании доверенности,

заверенной в установленном порядке)

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

отказе в предоставлении) государственной услуги, о прекращении

предоставления государственной услуги:

в письменной форме по почтовому адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

смс-сообщением на телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер телефона)

в форме электронного документа

по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

через личный кабинет в государственной

информационной системе Республики

Татарстан "Портал государственных

и муниципальных услуг Республики Татарстан" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя либо лица,

представляющего интересы заявителя

на основании доверенности,

заверенной в установленном порядке)

Заявитель:

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

(Ф.И.О. (последнее - при наличии) (подпись)

заявителя государственной услуги,

заявителя либо лица, представляющего

интересы заявителя государственной услуги

на основании доверенности, заверенной

в установленном порядке)

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

(подпись, расшифровка подписи специалиста)

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

Линия отрыва

Расписка-уведомление

Регистрационный N заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Документы принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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