Приложение

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. заявителя)

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

 (№ телефона)

# Заявление № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  о назначении дополнительного ежемесячного пособия по уходу

# за ребенком-инвалидом

# Прошу предоставить дополнительное ежемесячное пособие по уходу за ребенком-инвалидом на следующего ребенка (детей):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Число, месяц и год рождения | Свидетельство о рождении, паспорт (серия, номер, дата выдачи) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Сведения о членах семьи:1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество(при наличии) | СНИЛС | Степень родства2 | Документ, удостоверяющий личность3 | Дата рождения | Регистрация по месту жительства (по месту пребывания) | Сведения о работе заявителя4 | Реквизиты актовой записи о заключении брака, расторжении брака, установления отцовства (номер, дата и наименование органа, составившего запись) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Для назначения дополнительного ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом представляются следующие документы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документа | Количество экземпляров | Форма представления (лично или по запросу ОСЗН) |
| 1. | Документ, удостоверяющий личность заявителя, представителя |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

 Дополнительное ежемесячное пособие по уходу за ребенком-инвалидом прошу выплачивать через кредитную организацию:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование кредитной организации |  |
| БИК кредитной организации |  |
| ИНН кредитной организации |  |
| КПП кредитной организации |  |
| Номер счета заявителя |  |

Или:

 Дополнительное ежемесячное пособие по уходу за ребенком-инвалидом прошу выплачивать через почтовое отделение:

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес получателя |  |
| Номер почтового отделения |  |

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю, обязуюсь своевременно, не позднее одного месяца, известить о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления пособия, а также не реже одного раза в год подтверждать документально право на получение пособия

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

 (подпись заявителя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | “\_\_\_\_” |  | 20 |  | г. | Подпись заявителя |  |

1Указываются члены семьи: заявитель, супруг (супруга), в случае отсутствия брака - второй родитель (если он указан в свидетельстве о рождении ребенка).

2Указывается одна из следующих категорий: мать, отец (в случае, если он указан в свидетельстве о рождении ребенка), опекун. Для детей указывается следующая степень родства: сын, дочь, опекаемый.

3Указывается наименование документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан

4Указываются следующие сведения: не работаю, работа в режиме неполного рабочего дня, работа на дому.

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

# Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Количество документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, регистрационный номер \_\_\_\_\_\_.

Принял:" " \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись специалиста учреждения соцзащиты населения)

Дата вручения расписки-уведомления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_