|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (наименование территориального органа социальной защиты населения) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении ежемесячной денежной выплаты на полноценное питание**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| От |  | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность | | |  | | |
|  | | | (наименование, | | |
| **н**омер серия выдан | | | | | |
| номер и серия документа, кем и когда выдан, дата выдачи) | | | | | |
| Адрес регистрации | |  | | | |
| Адрес фактического проживания | | | |  | |
| Телефон | | | | Адрес эл. почты | |
| Сведения о законном представителе или доверенном лице: | | | | |  |
|  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | |
|  | | | | | |
| (почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон) | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность законного представителя или доверенного лица: | | | | | |
|  | | | | | |
| (наименование, номер и серия, документа, кем и когда выдан, дата выдачи) | | | | | |
| Документ, подтверждающий полномочия законного представителя или доверенного лица: | | | | | |
|  | | | | | |
| (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан, дата выдачи) | | | | | |
|  | | | | | |

По указанному адресу со мной совместно зарегистрированы и проживают (сведения о регистрации граждан по месту жительства или месту пребывания), фактически проживают не имея регистрации, члены моей семьи, участвующие в назначении выплаты (указать весь состав семьи):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Родственные связи | Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего  личность и подтверждающего родственные связи |

По другому адресу зарегистрированы члены семьи, участвующие в назначении выплаты:

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Родственные связи | Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность и подтверждающего родственные связи |

Я и члены моей семьи имеем в собственности \_\_\_\_\_ жилое (ых) помещение (ий) общей площадью \_\_\_\_ кв. м.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество собственника жилого помещения | Адрес жилого помещения | Общая площадь жилого помещения (кв.метров) | Доля в праве собственности на жилое помещение (при наличии) |
|  |  |  |  |  |

В случае если в составе семьи имеется инвалид, в том числе ребенок-инвалид, страдающий тяжелыми формами хронических заболеваний, дающих право на дополнительную жилую площадь, предусмотренных перечнем, устанавливаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, указать (с приложением подтверждающих документов):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | |
|  | (ФИО инвалида и (или) ребенка-инвалида, страдающих тяжелыми формами хронических заболеваний, дающих право на дополнительную жилую площадь) | |
|  | на основании: |  |
|  |  | (подтверждающий документ) |

Я и члены моей семьи имеем в собственности \_\_\_\_ легковой (ые) автомобиль (или) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года выпуска:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество собственника легкового автомобиля | Место постановки на учет легкового автомобиля | Год выпуска легкового автомобиля |
|  |  |  |  |

Я и члены моей семьи **имеем (не имеем)** личное подсобное хозяйство.

(нужное подчеркнуть)

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату на полноценное питание:

|  |  |
| --- | --- |
|  | женщинам, состоящим на учете в медицинских организациях в связи с беременностью |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Число, месяц и год рождения |
|  | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | кормящим матерям; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Число, месяц и год рождения |
|  | |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | детям до 3лет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) | Число, месяц и год рождения ребенка (детей) |
|  |  |  |

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

Предупрежден(а) об ответственности за сокрытие доходов и представление документов с заведомо неверными сведениями, влияющими на право получения ежемесячной денежной выплаты на полноценное питание.

Против проверки представленных мной сведений и посещения семьи представителями органа социальной защиты населения не возражаю.

В случае возникновения изменений обязуюсь в течение десяти дней сообщить о них.

К заявлению прилагаю следующие документы[[1]](#footnote-1):

Выплату ежемесячной денежной выплаты на полноценное питание прошу осуществлять

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

(указывается способ выплаты, номер лицевого счета в кредитной организации, почтовое или доставочное предприятие)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **(подпись заявителя)** |

Результат о назначении/отказе ежемесячной денежной выплаты на полноценное питание выдать (направить) следующим способом:

|  |  |
| --- | --- |
|  | в органе социальной защите населения; |
|  |  |
|  | в МФЦ (при обращении за предоставлением услуги через ОСЗН получение результата в МФЦ возможно в случае |
|  | наличия личного кабинета на ЕПГУ и подтвержденной учетной записи в ЕСИА); |
|  | по почте; |
|  |  |
|  | в электронном виде в личном кабинете на ЕПГУ (возможно только при обращении за предоставлением услуги через ЕПГУ) |
|  |  |
|  | посредством СМС-информирования (возможно только при подаче заявления и документов в МФЦ). |

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявление и документы гражданки (гражданина) | |  |
| зарегистрированы | | **№** |
|  | (регистрационный номер заявления) | |

Принял

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | (дата приема заявления) |  | (подпись специалиста) |

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

(линия отреза)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гражданки (гражданина)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрационный номер заявления)

Принял

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

(дата приема заявления) (подпись специалиста)

1. *При приеме документов в многофункциональном центре опись документов сотрудником МФЦ не заполняется, опись формируется в ИИС ЕС МФЦ.* [↑](#footnote-ref-1)