ГКУ «Социальная защита населения по городскому округу Саранск»

|  |
| --- |
|  Наименование государственного учреждения или органа государственной власти |
|  |
| ФИО заявителя |
|  |
| Адрес заявителя, телефон |
|  |
| Тип, серия, номер и дата выдачи документа, удостоверяющего личность, кем выдан. |
| заявление о предоставлении государственной услуги |

«Предоставление ежемесячной денежной выплаты военнослужащим, получившим инвалидность, и одному из родителей и супруге, не вступившей в повторный брак, военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, погибших (умерших) при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в ходе боевых действий»

Прошу назначить (продлить, пересчитать, возобновить, прекратить):

|  |
| --- |
|  |
| Мера социальной поддержки |
|  |
| Нормативно-правовой документ |
|  |
| Статус, ФИО льготодержателя, дата рождения |
|  |
| Категория льготодержателя |
|  |
| Адрес регистрации льготодержателя, вид регистрации |

Члены семьи льготодержателя:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Родственные отношения | Адрес регистрации |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Прошу перечислять денежные средства в соответствии со следующими реквизитами:

|  |
| --- |
|  |
| ФИО получателя |
|  |
| Наименование организации, БИК, ИНН/КПП |
| На почту, на расчетный счет |

Я ознакомился (ась) с обстоятельствами, влекущими изменение (прекращение) предоставления государственной услуги и предупрежден (а) об уголовной ответственности, предусмотренной ст.159.2 УК РФ, за предоставление заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно умолчание о фактах, влекущих прекращение мер социальной поддержки, и обязуюсь своевременно извещать об их наступлении.

|  |  |
| --- | --- |
| Получение результата государственной/муниципальной услуги: |  |
| по почте |  |   |
|

|  |  |
| --- | --- |
| *"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года* |  |
|  | (подпись) |
|  |

 |
| Отметка специалиста МФЦ, принявшего заявление**Рег № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Дата: «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ г.****Время: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность специалиста отдела по работе с физическими и юридическими лицами) | (подпись)МП | (расшифровка подписи) |

 |