

В отдел (сектор) по по Железнодорожному району г. Рязани ГКУ Рязанской области «Управление социальной защиты населения Рязанской области», расположенный по адресу: г. Рязань, ул. Дзержинского, д. 7

В МФЦ, расположенный по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной компенсации на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в соответствии со ст. 7 (ст. 10) Законом Рязанской области от 21.12.2016 № 91-ОЗ «О мерах социальной поддержки населения Рязанской области»

от Ивановой Любови Николаевны
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

| | | | |
|--|----------------------------------|-------|--------|
| Документ, удостоверяющий личность | Паспорт гражданина РФ | | |
| Серия | 6100 | Номер | 123456 |
| Кем выдан | УМВД России по Рязанской области | | |
| Дата выдачи | 10.10.2010 | | |
| Дата постоянной регистрации | 10.10.2010 | | |
| Период регистрации по месту пребывания | | | |

| Заполняется представителем заявителя | | | |
|--|------------------------------------|--|-------|
| ФИО представителя заявителя | | | |
| Паспортные данные Представителя заявителя | Серия | | Номер |
| | Кем выдан | | |
| | Дата выдачи | | |
| Реквизиты уполномочивающего документа | Наименование | | |
| | Реквизиты | | |
| | Дата выдачи | | |
| Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) | Почтовый адрес с указанием индекса | | |
| | Дата регистрации | | |

Место жительства 390000, г. Рязань, ул. Чкалова, д. 5, кв. 5 --

(индекс, регион, район, город, улица, дом, корпус, квартира)

Место пребывания _____

(индекс, регион, район, город, улица, дом, корпус, квартира)

Контактный телефон: 8-910-100-10-10

Прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию на обеспечение полноценным питанием:

беременной женщине

кормящей матери

на ребенка первого года жизни

на ребенка второго и третьего года жизни

Способ получения: а) зачислить на счет 40817810853001275623

(номер счета)

Сведения о реквизитах банка ПАО Сбербанк России № 8606, БИК 046126614, ИНН 7707083893

(наименование организации, в которую перечисляется пособие, в т.ч. БИК, ИНН, КПП)

б) на почтовое отделение по месту жительства

Согласно постановлению Правительства Рязанской области от 27.05.2009 № 144 «Об утверждении порядков назначения и выплаты ежемесячных денежных компенсаций на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до 3 лет» о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера пособия или прекращение выплаты, обязуюсь известить ГКУ Рязанской области «Управление социальной защиты населения Рязанской области» в течение 10 рабочих дней, следующих за днем их наступления.

Дата _____ / _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

| № п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
|-------|---|------------------------|
| 1. | Паспорт | 1 |
| 2. | Справка медицинской организации о постановке на учет беременной женщины | 1 |
| 3. | Заключение врача о наличии медицинских показаний | 1 |
| 4. | СНИЛС | 1 |
| 5. | Заявление о согласии на обработку персональных данных | 1 |

Заявление гражданина и документы для определения права на назначение и выплату ежемесячной денежной компенсации на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет приняты.

Дата 25.03.2020 _____ / Иванова Л.Н. /
(подпись) (расшифровка)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____

| Рег. номер заявления | Принял | | |
|----------------------|-----------------|------|-----------------------------------|
| | Кол. документов | Дата | Подпись специалиста (расшифровка) |
| | | | |

(линия отреза)

Расписка-уведомление (выдается заявителю на руки)

Заявление и документы гр. _____

| Рег. номер заявления | Принял | | |
|----------------------|-----------------|------|-----------------------------------|
| | Кол. документов | Дата | Подпись специалиста (расшифровка) |
| | | | |