

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	<b>Паспорт гражданина РФ</b>		
Серия	<b>6100</b>	Номер	<b>123456</b>
Кем выдан	<b>УМВД России по Рязанской области</b>		
Дата выдачи	<b>10.10.2010</b>		
Дата постоянной регистрации	<b>10.10.2010</b>		
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 25.03.2020

Иванова Л.Н. /

(подпись)

(расшифровка)

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров
1.	Паспорт	1
2.	Свидетельство о рождении ребенка	1
3.	Заключение врача о наличии медицинских показаний	1
4.	СНИЛС	1
5.	Заявление о согласии на обработку персональных данных	1

К заявлению прилагаю следующие документы:

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)