

В отдел (сектор) по _____ ГКУ Рязанской области
«Управление социальной защиты населения Рязанской области», расположенный по адресу:

В МФЦ, расположенный по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о назначении дополнительного ежемесячного пособия на ребенка-инвалида,
ребенка, являющегося ВИЧ-инфицированным в соответствии со ст. 12 Закона Рязанской области
от 21.12.2016 № 91-ОЗ «О мерах социальной поддержки населения Рязанской области»**

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Документ, удостоверяющий личность	
Серия	Номер
Кем выдан	
Дата выдачи	
Дата постоянной регистрации	
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 _____
(индекс, регион, район, город, улица, дом, корпус, квартира)

Место пребывания _____
(индекс, регион, район, город, улица, дом, корпус, квартира)

Контактный телефон: _____

Прошу назначить дополнительное ежемесячное пособие на ребенка-инвалида

_____ (фамилия, имя, отчество и дата рождения ребенка)

Способ получения: а) зачислить на счет _____
(номер счета)

Сведения о реквизитах банка _____
(наименование организации, в которую перечисляется пособие, в т.ч. БИК, ИНН, КПП)

б) на почтовое отделение по месту жительства

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество экземпляров

--	--	--

Согласно ст. 12 Закона Рязанской области от 21.12.2016 № 91-ОЗ «О мерах социальной поддержки населения в Рязанской области» и постановлению Правительства Рязанской области от 25.02.2005 № 35 «Об утверждении Порядка назначения и выплаты ежемесячных пособий гражданам, имеющим детей» обязуюсь не позднее чем в 10-ти дневный срок известить ГКУ РО «Управление социальной защиты населения Рязанской области» об изменении обстоятельств, влияющих на право получения выплаты ежемесячного пособия.

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

Заявление гражданина и документы для определения права на назначение и выплату дополнительного ежемесячного пособия на ребенка-инвалида, ребенка, являющегося ВИЧ-инфицированным, приняты

Дата _____ / _____ /
(подпись специалиста) (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)