

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

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 _____
(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 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 _____
(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

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)

| № п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
|-------|-------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 _____
_____/_____/_____
(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) |
| | | | |