

Директору КУВО "УСЗН Верхнехавского района"
 (наименование района Воронежской области, г. Воронежа)
 Голеву Геннадию Владимировичу
 (Ф.И.О. директора КУ ВО «УСЗН»)
 Петровой Марии Ивановны,
 (Ф.И.О. заявителя указывается полностью)
 зарегистрированного (ой) по адресу:
 396113, Россия, Воронежская область, Верхнехавский район, с.Сухие
 Гаи, ул. Колхозная д.15, тел: 8-900-000-00-00

(индекс, адрес места жительства (пребывания), телефон)
 Паспорт гражданина РФ, 2000, 000000, выдан 12.02.2021 ГУ МВД
РОССИИ ПО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
 (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия
 законного представителя)

заявление.

Прошу назначить мне денежную выплату по категории:

Денежная компенсация на приобретение продуктов полноценного питания, Кормящие матери,
 (указать вид денежной выплаты и наименование льготной категории)

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, в целях получения денежной выплаты.

Средства на выплату денежной выплаты прошу перечислять через:

- Структурное подразделение Управление Федеральной почтовой связи Воронежской области – филиал ФГУП «Почта России»

(указать полное наименование и № почтового отделения)

- Отделение кредитной организации банковской системы Российской Федерации: Сбербанк, Вклад/Банковская карта, Доп.офис №9013/0813, 40817800000000000000

(указать полное наименование кредитной организации (филиала) и номер лицевого счета)

Обязуюсь сообщить в течение 14 дней с момента наступления любых обстоятельств, влияющих на изменение размера денежной выплаты, а также обстоятельствах, влекущих прекращение денежной выплаты.

В случае переплаты денежной выплаты обязуюсь добровольно вернуть денежные средства в соответствии с действующим законодательством.

Предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверной информации.

Для назначения денежной выплаты мною представлены:

N п/п	Наименование документа	Количество представленных экземпляров	Количество листов
1.	Заключение врачебной комиссии о нуждаемости в приобретении продуктов полноценного питания беременной женщине, кормящей матери, ребенку в возрасте до 3-х лет	1	1
2.	Копия паспорта гражданина РФ	1	1
3.	Сведения заявителя об отсутствии трудовой книжки	1	1
4.	Копия свидетельства о заключении брака	1	1
5.	Копия свидетельства о расторжении брака	1	1
6.	Копия свидетельства о регистрации по месту жительства (форма № 8)	1	1
7.	Копия свидетельство о рождении	1	1
8.	Справка о доходах	1	1

10.08.2021	
Дата подачи заявления	Подпись заявителя

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, представленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства	Фамилия, имя, отчество полностью и подпись специалиста КУВО "УСЗН Верхнехавского района", принявшего заявление и документы
---	--

Заявление зарегистрировано в специальном журнале регистрации заявлений и решений

«_____» _____ 20__ года

Регистрационный номер заявления № _____

Расписка-уведомление о принятом заявлении и документах

(заполняется КУВО «УСЗН» района и выдается на руки заявителю)

Заявление и документы гр. _____

Петровой Марии Ивановны

(фамилия, имя, отчество)

приняты в _____

КУВО "УСЗН Верхнехавского района"

(наименование района Воронежской области, г. Воронежа)

Дата приема заявления и необходимых документов	Регистрационный номер заявления	Фамилия, имя, отчество и телефон специалиста КУВО "УСЗН Верхнехавского района", принявшего заявление и документы
10.08.2021		

Приложение
к заявлению для назначения денежной выплаты

Петрова Мария Ивановна

для назначения (указать полностью фамилию, имя, отчество)

Денежная компенсация на приобретение продуктов полноценного питания
(указать название выплаты)

дополнительно сообщая следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) с указанием года рождения, на которого (ых) назначается денежная компенсация:

1. Петрова Ангелина Николаевна, 28.10.2020 г.р.

2. Состав семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода для назначения денежной компенсации:

N п/п	Фамилия, имя, отчество членов семьи	Родственные отношения	Дата рождения	Наличие инвалидности	Доходы членов семьи за 3 последних месяца
1.	Петрова Мария Ивановна	Заявитель	05.02.1989	Нет	Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет
2.	Петрова Ангелина Николаевна	Дочь	28.10.2020	Нет	Пособие на ребенка до 16 (18) лет

3. Дополнительные сведения: земли и личного подсобного хозяйства для реализации не имею

(сведения о наличии подсобного хозяйства, алиментах, дополнительных источниках доходов)

Дата	10.08.2021	Подпись заявителя
------	------------	-------------------