|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Министерство труда и социальной защиты** **населения Забайкальского края** |  |  |
| **Государственное казенное учреждение «Краевой центр социальной защиты населения» Забайкальского края** (ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края) 672007, г. Чита, ул. Богомягкова, д. 23, а/я 566тел /факс: (3022) 32-46-36e-mail: general@soczashita-chita.ru ОКПО 81803040 ОГРН 1077536014049ИНН/КПП 7536087454/753601001 |  | **belomestnova\_katerinka@mail.ru** |
| «\_\_\_\_» марта 2020 г. № № 572 от 20 марта 2020 года |  |  |

**Уважаемая Екатерина Владимировна!**

По заявлениям от 26.02.2020 года Вам назначено:

- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, в размере 4050,92 рублей, период назначения с 05.12.2019 по 05.06.2021 года, выплата зачислена на Ваш лицевой счет 26.02.2020 года;

- единовременная выплата при рождении ребенка (усыновлении) первого ребенка в размере 25683,92 рубля;

 - ежемесячная выплата в связи с рождением (усыновлением) первого ребенка в размере 12841,96 рубль, период назначения с 26.02.2020 по 04.12.2020

Выплаты будут зачислены на Ваш лицевой счет до 26 апреля 2020 года.

В предоставлении пособия на ребенка, отказано по причине – среднедушевой доход семьи выше величины прожиточного минимума, установленного в Забайкальском крае.

Уведомление об отказе № 14 от 11 марта 2020 года направлено через почтовое отделение.

Директор Л.Г. Филиппова

Шангина Татьяна Михайловна

8(3022) 217707 (945)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование филиала ГКУ «КЦСЗН» Забайкальского края)*

***Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ КОМПЕНСАЦИЙ ГРАЖДАНАМ, ПОДВЕРГШИМСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. заявителя)*

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(когда и кем)*

зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу назначить:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Компенсация за вред, нанесенный здоровью подвергшимся воздействию радиации Компенсация на оздоровление подвергшимся воздействию радиации | Компенсация семьям за потерю кормильца |
| **Фамилия, имя, отчество ребенка** | **Дата рождения** |
|  |  |
|  |  |

К заявлению прилагаются:

|  |  |
| --- | --- |
|  **Наименование** | **Количество** |
| Документ, удостоверяющий личность. |  |
|  Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. |  |
| Документ, подтверждающий право на меры социальной поддержки (удостоверение или иной документ, предусмотренный действующим законодательством). |  |
| Удостоверение, умершего участника ликвидации последствий аварии в зоне радиоактивного загрязнения. |  |
| Свидетельство о смерти кормильца. |  |
| Заключение межведомственного экспертного совета (военно-врачебной комиссии) об установлении причинной связи смерти кормильца с последствиями пребывания в зоне радиоактивного загрязнения. |  |
| Свидетельство о браке. |  |
| Документы, содержащие сведения, подтверждающие факт нахождения нетрудоспособных членов семьи на иждивении умершего кормильца. |  |
| Решение органа местного самоуправления об установлении опеки (попечительства) над ребенком.  |  |
| Прочие документы  |  |

Пособие прошу перечислять:

 Отделение связи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кредитное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер лицевого счета

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Подтверждаю, что:**

* **С порядком и сроками предоставления компенсации я ознакомлен (а);**
* **За достоверность сообщаемых мной сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством;**
* **Предупрежден (а), что в случае представления заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно путем умолчания о фактах, влекущих прекращение социальных выплат, предусмотрено наказание, на основании УК РФ,**

 **ст. 159.2 (штраф, исправительные работы, ограничение свободы до 2-х лет);**

* **при наступлении обстоятельств, влияющих на получение компенсации (перемена места жительства, смена фамилии, имени отчества, изменение состава семьи и других обстоятельств) обязуюсь информировать филиал не позднее чем в 2-х недельный срок.**

**Расписка-уведомление**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Принял | Недостающие документы |  Последний документ |  |
| Дата | Подпись  | Наименование | Представить до (дата) | Представлен (дата) |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Подпись получателя |  |

 |

**Заявитель: Специалист:**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка

\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка