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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОСОБИЙ ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ДЕТЕЙ**

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

*(Ф.И.О. заявителя)*

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

*(когда и кем)*

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

**Прошу назначить:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Единовременное пособие при рождении ребенка Ежемесячное пособие по уходу за ребенком Пособие на ребенка Ежемесячное пособие на ребенка в/служащего, проходящего военную службу по призыву |  Единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью Единовременное пособие беременной жене в/служащего, проходящего военную службу по призыву Пособие по беременности и родам, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (уволенным по ликвидации) |
|  |
| **Фамилия, имя, отчество ребенка** | **Дата рождения**  |
|  |  |
|  |  |

К заявлению прилагаются:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование документа** | **Количество** |
| Документ, удостоверяющий личность родителя (ей), опекуна попечителя. |  |
| Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. |  |
| Свидетельство о рождении ребенка (детей). |  |
| Справка с места жительства, подтверждающая совместное проживание ребенка с родителем (усыновителем, опекуном, попечителем). |  |
| Свидетельство о браке, разводе, изменения фамилии, имени, отчества (в случае необходимости). |  |
| Справка с органа ЗАГС, военного комиссариата, воинской части, медицинского учреждения. |  |
| Документы, подтверждающие размер доходов семьи за 3 последних календарных месяца (либо Декларацию о доходах), предшествующих месяцу обращения.  |  |
| Копия трудовой книжки, заверенная в установленном порядке. |  |
| Справка, подтверждающая обучение в общеобразовательном учреждении (для детей старше 16 лет). |  |
| Справка с места работы (учебы, службы, органов соц. защиты) другого родителя ребенка о том, что он (она) не используют отпуск по уходу за ребенком и не получают пособие. |  |
| Справка из органов государственной службы занятости населения о признании их безработными и о невыплате пособия по безработице (женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организации).  |  |
| Справка с места учебы, подтверждающая, что лицо обучается по очной форме обучения и о ранее выплаченном матери ребенка пособия по беременности и родам. |  |
| Документы, подтверждающие статус. |  |
| Справка из территориального органа фонда социального страхования РФ об отсутствии регистрации в качестве страхователя и о неполучении единоврем. пособия при рождении ребенка, пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет за счет средств ФСС. |  |
| Решение суда о лишении родительских прав; документ, выданный органом опеки и попечительства или ОВД и т. д. (в случае необходимости). |  |
| Доверенность, оформленная в соответствии с Гражданским кодексом РФ. |  |
| Прочие документы  |  |

Пособия прошу перечислять:

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подтверждаю, что:* С порядком и сроками предоставления государственных пособий 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 пособий (перемена места жительства, состава семьи, смена фамилии, имени отчества, устройства на работу и других обстоятельств) обязуюсь информировать филиал не позднее чем в 2-х недельный срок.

• Обязуюсь предоставить согласие каждого члена семьи на обработку персональных данных **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