Приложение № 1

к Порядку назначения и выплаты

ежемесячного пособия отдельной

категории граждан

*(с изменением)*

*Заполняется заявителем / законным представителем*

В администрацию города и/или района Луганской Народной Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

регистрация по месту жительства/пребывания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место фактического проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия:\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.,

дата рождения: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.,

регистрационный номер учетной карточки физического лица – плательщика налогов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(№, дата регистрации заявления)

**Заявление**

Прошу назначить ежемесячное пособие одиноким матерям (отцам)

*(необходимое отметить):*

|  |  |
| --- | --- |
| одиноким матерям (отцам) в минимальном размере |  |
| одиноким матерям (отцам) с учетом доходов семьи |  |
| одному из родителей детей, законному представителю (лицу, из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте от 18 до 23 лет, обучающемуся на очной форме обучения в образовательных организациях), который в случае смерти (признания решением суда безвестно отсутствующим (и) родителя (ей) не получает пенсию (социальную пенсию) в связи с потерей кормильца |  |

Прошу в случае назначения ежемесячного пособия деньги перечислять:

через почтовое отделение связи №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование банка или иной кредитной организации)

Я предупрежден (а), что в случае предоставления документов с заведомо ложными сведениями, непредоставления сведений об изменениях в составе семьи, сокрытия обстоятельств, влияющих на назначение и выплату ежемесячного пособия одиноким матерям (отцам), излишне выплаченное ежемесячное пособие подлежит возврату в Министерство труда и социальной политики Луганской Народной Республики и удерживается в установленном действующим законодательством порядке.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись) (дата)

Обязуюсь в случае возникновения обстоятельств, которые приводят к прекращению выплаты ежемесячного пособия одиноким матерям (отцам), в десятидневный срок сообщить об этом в администрацию.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись) (дата)

Даю согласие на обработку и использование своих персональных данных.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись) (дата)

Дополнительная информация (необходимое подчеркнуть):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. В браке | состояла | не состояла/  не состою | состою |
| 2. Пенсию (социальную пенсию) в связи с потерей кормильца | получаю | не получаю |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись) (дата)

Заполняется уполномоченным специалистом администрации

Заявления и документы приняты на \_\_\_\_ листах «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

и зарегистрированы под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уполномоченный специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознакомился\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Линия отреза\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_***

***Отрывной талон***

Заполняется уполномоченным специалистом администрации

Заявления и документы приняты на \_\_\_\_ листах «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

и зарегистрированы под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уполномоченный специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознакомился\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_