|  |
| --- |
| Управление труда и социальной защиты населения администрации Георгиевского муниципального округа Ставропольского края |
| (наименование органа соцзащиты) |
| ЗАЯВЛЕНИЕ о назначении ежемесячной денежной выплаты |
| Гр. |  |
| Адрес регистрации: |  |
|  |
| Адрес фактического проживания: |  |
| Телефон:  |
| Паспорт: |  |  |  |
| Серия  |  | Дата рождения |  |
| Номер  |  | Дата выдачи  |  |
| Кем выдан |  |
| Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату на: |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка (детей)  | Число, месяц, год рождения |
| 1. |  |  |
| Для назначения ежемесячной денежной выплаты представляю следующие документы: |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1.  | Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя |  |
| 2. | Документ, подтверждающий факт рождения и регистрации ребенка, выданный компетентным органом – при рождении ребенка на территории иностранного государства  |  |
| 3.  | Документы, подтверждающие доходы |  |
|  | Дополнительно представляю:  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| Заявляю, что за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. доходы моей семьи<\*>, состоящей из: |
| №п/п | Фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи <\*\*> | Число, месяц, год рождения | Адрес регистрации по месту жительства (по месту пребывания) |  Степень  родства  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
|  |  |
| <\*> Указывается период за 3 последних календарных месяца, предшествующих 4 календарным месяцам перед месяцем подачи заявления |
| <\*\*> в составе семьи указывается и сам заявитель. |
| составили: |
| № п/п | Вид полученного дохода | Место работы (получения дохода) |
| 1.  | Доходы, полученные от трудовой деятельности  |  |
| 2.  | Выплаты социального характера (пенсии, пособия, стипендии и пр.) |  |
| 3. | Иные доходы, в т.ч.: |  |
| 3.1. | Доходы, полученные от предпринимательской деятельности |  |
| 3.2. | Полученные алименты  |  |
| 3.3. |  |  |
| 3.4. |  |  |
| Дополнительные сведения |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Правильность сообщаемых сведений подтверждаю.При наступлении обстоятельств, влияющих на право получения ежемесячной денежной выплаты, влекущих приостановление (прекращение) выплаты ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь сообщить об этом в месячный срок. При обнаружении переплаты по моей вине или в случае счетной ошибки обязуюсь возместить излишне выплаченные суммы в полном объеме. |
| Прошу перечислять ежемесячную денежную выплату |
|  | через отделения УФПССтавропольского края |  | в кредитную организацию |  |
|  (наименование организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись заявителя) |
| Заявление и документы гр. |  |
|  | (Ф.И.О.) |
| приняты |  | и зарегистрированы № |  |
|  | (дата) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы) |
| линия отреза |
| Расписка-уведомление о приеме документов |
| Заявление и документы гр. |  |
|  | (Ф.И.О.) |
| приняты |  | и зарегистрированы № |  |
|  | (дата) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы) |
| Телефон для справок: |  |  |