

Директору КУВО "УСЗН Борисоглебского городского округа"
(наименование района Воронежской области, г. Воронежа)

Устюговой Марине Владимировне
(Ф.И.О. директора КУ ВО «УСЗН»)

Ивановой Марины Сергеевны.

(Ф.И.О. заявителя указывается полностью)
зарегистрированного (ой) по адресу: 397160

Россия, Воронежская обл, г.Борисоглебск, ул.Советская, д.100, тел: 89507677777
(индекс, адрес места жительства (пребывания), телефон)

Паспорт гражданина РФ, 2002, 518338, выдан 04.04.2012 ОТДЕЛЕНИЕМ УФМС
РОССИИ ПО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ В БОРИСОГЛЕБСКОМ РАЙОНЕ
(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного
представителя)

заявление.

Прошу назначить мне денежную компенсацию по категории:

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

Денежная компенсация ранее не назначалась

(назначалось, не назначалось - указать нужное)

Уведомление о принятом решении прошу направить г.Борисоглебск, ул.Советская, д.100

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

Средства на выплату денежной выплаты прошу перечислять через:

Отделение кредитной организации банковской системы Российской Федерации:

Сбербанк, Вклад/Банковская карта, Доп.офис №9013/0400, 40817810113001011600.

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

В случае наступления обстоятельств влияющих прекращение выплаты денежной компенсации, обязуюсь сообщить о наступлении указанных обстоятельств в течение 14 рабочих дней с момента их наступления.

В случае переплаты денежной компенсации 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.	Копия паспорта	2	4
2	Копия свидетельства о рождении	1	1
3	Копия свидетельства о регистрации	2	2
4	Справка из женской консультации	1	1
5	Справка о доходах	1	1
6	объяснительная	1	1

11.05.2021	
Дата подачи заявления	Подпись заявителя <u>Иванова</u>

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, представленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства	Фамилия, имя, отчество полностью и подпись специалиста КУВО "УСЗН Борисоглебского городского округа", принявшего заявление и документы
	Инспектор ОП и ОГ

Заявление зарегистрировано в специальном журнале регистрации заявлений и решений « _____ » _____ 20__ года
Регистрационный номер заявления № _____

Приложение
к заявлению для назначения денежной выплаты

Я. Иванова Марина Сергеевна

(указать полностью фамилию, имя, отчество)

для назначения

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. Иванова Анна Александровна, 12.03.2021 г.р.

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

№ п/п	Фамилия, имя, отчество членов семьи	Родственные отношения	Дата рождения	Наличие инвалидности	Виды доходов членов семьи за 3 последних месяца
1.	Иванова Марина Сергеевна	Заявитель	19.01.1987	нет	Заработная плата
2	Иванов Александр Николаевич	муж	31.07.1986	нет	Заработная плата
3	Иванова Дарья Александровна	дочь	02.08.2017	нет	нет
4	Власова Анна Александровна	дочь	12.03.2021	нет	нет
				Итого	

3. Дополнительные сведения: нет

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

11.05.2021	Подпись заявителя <u>Иванова</u>
Дата	