

В отдел социальных выплат

МКУ «Центр социальных выплат» города Ярославля»

от Демурова Петра
(фамилия, имя, отчество полностью)

Демуровича

дата рождения: 21.01.1980 г.

проживающего(ей) по адресу: г. Ярославль,

ул. Ратиски, д. 1, кв. 1

(место жительства, место пребывания,

фактическое место жительства)

паспорт 0000 № 000000

выдан УМВД России по Яр. области

дата выдачи: 25.03.2015 г.

СНИЛС: 000-000-000-00

телефон 8-949-888-97-66

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне ежемесячную выплату на ребёнка, оба родителя (усыновителя) или единственный родитель (усыновитель) которого являются инвалидами I или II группы (далее – ежемесячная выплата). Для назначения ежемесячной выплаты представляю следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество экземпляров
1.	копия паспорта	
2.	копия свидетельства о рождении	
3.	копия справки МСЭ	
4.	копия св-ва о регистрации по месту жительства	
5.	справка на ребёнка из ФД	
6.		
7.		

Прошу перевести ежемесячную выплату на банковский счет в

Кредитная организация
(наименование банка, отделение)

номер 0000 0000 0000 000000 00

через почтовое отделение 150000

Мне разъяснено, что я несу ответственность за достоверность и полноту представленных сведений и документов. Обязуюсь известить органы и учреждения социальной защиты населения муниципальных образований Ярославской области в месячный срок о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение ежемесячной выплаты.

Дата заполнения: дата Подпись заявителя: Иванов

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина: _____

Регистрационный номер заявления: _____

Количество документов	Дата	Принял (Ф.И.О., подпись)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина: _____

Регистрационный номер заявления: _____

Количество документов	Дата	Принял (Ф.И.О., подпись)