

В ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНЫХ
ВЫПЛАТ РАЙОНА
г. ЯРОСЛАВЛЯ
от ИВАНОВОЙ МАРИИ ПАВЛОВНЫ
дата рождения: 11.11.1111,
проживающего(ей) по адресу:
г. Ярославль, П-т Ленина,
д. КВ.
паспорт 1111 N 1111111,
выдан 11.11.111111,
дата выдачи 11.11.1111,
СНИЛС 11-11-111-11
ТЕЛ.

Заявление

Прошу назначить ежемесячную выплату на ребенка-инвалида.
Для назначения ежемесячной выплаты на ребенка-инвалида представляю следующие документы:

N п/п	Наименование документов	Количество экземпляров
1.	<u>ПАСПОРТ РФ</u>	<u>1</u>
2.	<u>СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ</u>	<u>1</u>
3.	<u>СПРАВКА МСЭ</u>	<u>1</u>
4.	<u>СОГЛАСИЕ НА ОПД</u>	<u>1</u>

Прошу ежемесячную выплату на ребенка-инвалида перечислять на банковский счет

N 11111111111111111111

в НАЗВАНИЕ КРЕДИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, БУК, ИНН, КПП
(наименование банка, отделение)

через почтовое отделение ПО АДРЕСУ РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Мне разъяснено, что я несу ответственность за достоверность и полноту представленных сведений и документов.

Обязуюсь известить органы и учреждения социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты или изменение её размера, не позднее чем в месячный срок.

Дата заполнения Подпись заявителя

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)