

В отдел социальных выплат Краснопереконского района  
 МКУ "Центр социальных выплат" города Ярославля"  
 от Иванов Иван Иванович,  
 дата рождения: 00.00.0000,  
 проживающего (ей) по адресу: Ярославль  
ул. Лисичане, д. 1, кв. 1,  
 паспорт 0000 N 000000,  
 выдан УФМС  
 дата выдачи 00.00.0000,  
 СНИЛС 000-000-000-00  
 телефон 89038200000

### Заявление

Прошу назначить (пересчитать) ежемесячную выплату родителям(законным представителям) на детей из малообеспеченных семей, больных хроническими заболеваниями, но не имеющих статуса инвалида по данным \_\_\_\_\_.

Для назначения ежемесячной выплаты предоставляю следующие документы

N п/п	Наименование документа	Количество экземпляров
1	Паспорт	1
2	Согласие на обработку данных	1
3	Документа о размере доходов	1
4	Справка бюджетной комиссии	1
5	Свидетельство о рождении	1

### Сведения о составе семьи

N п/п	Статус	Ф.И.О	Дата рождения	Адрес
1	Отец	Иванов Иван Иванович	00.00.0000	Ярославль, ул. Лисичане, д. 1, кв. 1
2	Мать	Иванова Татьяна Петровна	00.00.0000	—
3	Сын	Иванов Иван Иванович	00.00.0000	—

Ранее пособие не назначалось / назначалось нет.  
 (указать где и по какой категории)

(подпись)

Прошу перечислять причитающуюся выплату через организации федеральной почтовой связи либо через отделения кредитной организации (нужное подчеркнуть)

ПАО Сбербанк № 000000000000000000000000

"00" 00 20\_\_ г.

(подпись заявителя)

Документы принял  
 " " 20\_\_ г.  
 (подпись специалиста)

Зарегистрировано N \_\_\_\_\_

Расписка-уведомление N \_\_\_\_\_

Заявление и документы принял  
 " " 20\_\_ г.  
 (подпись специалиста) (И.О. Фамилия)

