ПРИЛОЖЕНИЕ 7

 Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование органа

 социальной защиты населения)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О заявителя, адрес проживания)

 телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

 о назначении единовременного пособия

 при рождении одновременно двух и более детей

 Прошу назначить мне единовременное пособие при рождении одновременно

двух и более детей (далее - единовременное пособие) в соответствии с

Законом Красноярского края от 09.12.2010 N 11-5393 "О социальной поддержке

семей, имеющих детей, в Красноярском крае".

 Единовременное пособие прошу:

 1. Перечислить на мой счет (счет по вкладу/счет банковской карты)

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

N │ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ │,

 └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование кредитной организации)

 2. Выплатить через отделение федеральной почтовой связи N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Уведомление о принятом решении прошу направить (нужное отметить):

 - по электронной почте;

 - на бумажном носителе.

 К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование документа | Количество (шт.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Итого приложения на \_\_\_\_\_ листах.

 Достоверность и полноту сведений, представленных мною в орган

социальной защиты населения, необходимых для принятия решения о

предоставлении государственной услуги, подтверждаю.

 Предупрежден (а) об обработке моих персональных данных, необходимых для

предоставления государственной услуги.

 С проверкой органа социальной защиты населения подлинности

представленных мною документов, полнотой и достоверностью содержащихся

в них сведений согласен (на).

 О наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление государственной

услуги, обязуюсь своевременно сообщить органу социальной защиты населения.

 Предупрежден (а), что денежные средства, излишне выплаченные мне

вследствие представления документов с заведомо неполными и (или)

недостоверными сведениями, сокрытия данных или несвоевременного уведомления

об обстоятельствах, влекущих утрату права на получение государственной

услуги, подлежат возмещению добровольно или в судебном порядке в

соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ф.И.О. заявителя подпись дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Принял документы

Дата Подпись специалиста

-----------------------------------------------------------------

 Линия отрыва

Расписка о принятии документов

Заявление и документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 принял (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование должности лица, принявшего документы, подпись, дата)