

Первому заместителю директора
КУВО "УСЗН Хохольского района"

(наименование района Воронежской области, г. Воронежа)

Паниной Наталье Анатольевне

(Ф.И.О. директора КУ ВО «УСЗН»)

Ивановой Елены Николаевны

(Ф.И.О. заявителя указывается полностью)

зарегистрированного (ой) по адресу:
396831, Россия, Воронежская обл, Хохольский район, с,Гремяче,
ул.Пушкина д.15, тел: 89515358847

(индекс, адрес места жительства (пребывания), телефон)

Паспорт гражданина РФ, 2009, 141303, выдан 29.09.2009
ОТДЕЛЕНИЕМ УФМС РОССИИ ПО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ В
ХОХОЛЬСКОМ Р-НЕ

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия
законного представителя)

заявление.

Прошу назначить мне денежную выплату по категории:

Денежная компенсация на приобретение продуктов полноценного питания, Кормящие матери

(указать вид денежной выплаты и наименование льготной категории)

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 №9013/01215, 4081781041300111111.

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

Обязуюсь сообщить в течение 14 дней с момента наступления любых обстоятельств,
влияющих на изменение размера денежной выплаты, а также обстоятельствах, влекущих
прекращение денежной выплаты.

В случае переплаты денежной выплаты 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.	Заключение врачебной комиссии о нуждаемости в приобретении продуктов полноценного питания беременной женщине, кормящей матери, ребенку в возрасте до 3-х лет	1	1
2.	Справка о зарегистрированных гражданах	1	1
3.	Копия Трудовой книжки	1	2
4.	Сведения о трудовой деятельности	1	2
5.	Копия СНИЛС	1	1
6.	Согласие на обработку персональных данных	1	1

22.03.2021

Дата подачи заявления	Подпись заявителя
Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, представленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства	Фамилия, имя, отчество полностью и подпись специалиста КУВО "УСЗН Хохольского района", принявшего заявление и документы

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

Приложение
 к заявлению для назначения денежной выплаты

Я, Иванова Елена Николаевна

(указать полностью фамилию, имя, отчество)

для назначения

Денежная компенсация на приобретение продуктов полноценного питания

(указать название выплаты)

дополнительно сообщаю следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество ребенка (детей) с указанием года рождения, на которого (ых) назначается денежная компенсация:

1. Иванова Анна Алексеевна, 13.01.2021 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	Доходы членов семьи за 3 последних месяца
1.	Иванова Елена Ивановна	заявитель	20.01.1987	нет	
2.	Иванов Алексей Иванович	муж	10.09.1984	нет	Заработная плата
3.	Иванов Иван Алексеевич	сын	23.10.2011	нет	
4.	Иванов Евгений Алексеевич	сын	15.12.2013	нет	
5.	Иванова Анна Алексеевна	дочь	13.01.2021	нет	

3. Дополнительные сведения : Имеем земельный участок в размере 0,05 га, плоды и продукция которые получены на данном участке используются для личного потребления членов семьи. Подсобного хозяйства не имеем.

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

22.03.2021	
Дата	Подпись заявителя