|  |
| --- |
| Управление труда и социальной защиты населения администрации Грачевского муниципального района  |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ЕДИНОВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ ЖЕНЩИНАМ,ВСТАВШИМ НА УЧЕТ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ** |
| Гр.  |  |
| Статус |  |
| (женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности) |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания, фактического проживания:  |  |
| Тел. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Паспорт гражданина России |
| Серия |  | Дата рождения |  |
| Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| \*Гр.  |  |
| (Фамилия, имя, отчество доверенного лица полностью) |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания, фактического проживания |  |
| Паспорт |
| Серия |  | Дата рождения |  |
| Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Документ, подтверждающий полномочия (доверенного лица): |
| Серия \_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года |  |  |
|  | (подпись доверенного лица) |
| *\* Сведения заполняются в случае подачи заявления доверенным лицом.* |
| Прошу назначить мне единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности.  |
| Для назначения единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности представляю следующие документы: |
| №п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. | Справка из женской консультации либо другой медицинской организации, поставившей женщину на учет в ранние сроки беременности |  |
| 2. | Справка из органов государственной службы занятости населения о признании ее безработной |  |
| Дополнительно представляю: |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
|  Прошу перечислить единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности |
|  |  через ФГУП "Почта России" |  |  в кредитную организацию |  |
|  |
|  (наименование организации)  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| БИК |  |  ИНН |  |  КПП |  |
| Списки (социальный счет в банке/карта) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_через ФГУП "Почта России" по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата подачи заявления:  |  | Подпись заявителя |  |

|  |
| --- |
| оборот Приложения 2Согласен (на) на бессрочную (до особого распоряжения) обработку моих персональных данных в целях назначения и выплаты единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности и на истребование необходимых сведений из других органов и организаций в рамках предоставления государственной услуги.Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  приняты "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_ г. и зарегистрированы № \_\_\_\_\_\_  |
|  (дата принятия) | (фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы) |
|  |
| (линия отреза) |
|  |
| Расписка-уведомление о приеме документов |
| Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  приняты "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. и зарегистрированы № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (дата принятия) |
| Специалист  |  | / |  |
|  подпись  |  Фамилия, имя, отчество |