Управление труда и социальной защиты населения администрации

Грачевского муниципального района

(наименование органа соцзащиты)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ПОСОБИЯ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ**

Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество полностью)

Статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мать, отец, лицо, их заменяющее - нужное подчеркнуть)

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места пребывания, фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Паспорт:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Дата рождения |  |
| Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

\*Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество доверенного лица полностью - нужное подчеркнуть)

Статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мать, отец, лицо, их заменяющее) нужное подчеркнуть

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места пребывания, фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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 пособие по беременности и родам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка  | Число, месяц,год рождения |
|  |  |  |

Для назначения пособия по беременности и родам представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. | Листок нетрудоспособности |  |
| 2. | Выписка из трудовой книжки о последнем месте работы, заверенная в установленном порядке |  |
| 3. | Справка из органов государственной службы занятости населения о признании её безработной |  |
| 4. | Решение территориальных органов федеральной налоговой службы о государственной регистрации прекращения физическими лицами деятельности в качестве индивидуальных предпринимателей, прекращения полномочий нотариусами, занимающимися частной практикой, прекращения статуса адвоката и прекращения деятельности иными физическими лицами, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию. |  |
| 5. | Справка из органа соцзащиты по месту жительства о том, что пособие не назначалось и не выплачивалось, в случае обращения за назначением пособия по беременности и родам в орган соцзащиты по месту фактического проживания либо по месту пребывания. |  |
| 6. | Дополнительно предоставляю: |  |
|  | через ФГУП «Почта России» |  | в кредитную организацию |  |
|  (наименование организации, БИК, ИНН, КПП)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года | (подпись заявителя) |
| Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. При обнаружении переплаты по моей вине или в случае счетной ошибки обязуюсь возместить излишне выплаченную сумму в полном объеме. Согласен (на) на бессрочную (до особого распоряжения) обработку моих персональных данных в целях назначения и выплаты пособия по беременности и родам и на истребование необходимых сведений из других органов и организаций в рамках предоставления государственной услуги. |
| Заявление и документы гр. |  |
|  | (Фамилия, имя, отчество заявителя) |
| приняты |  | и зарегистрированы № |  |
|  | (дата принятия) |  |  |
|  | (Фамилия, имя, отчество и подпись специалиста, принявшего документы) |
| оборот Приложения 2ЛИНИЯ ОТРЕЗА--------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| Расписка-уведомление о приеме документов |
| Заявление и документы гр. |  |
|  | (Фамилия, имя, отчество заявителя) |
| приняты |  | и зарегистрированы № |  |
|  | (дата принятия) |  |  |
| Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Фамилия, имя, отчество/ |