Управление труда и социальной защиты населения администрации Грачевского муниципального округа Ставропольского края

Заявление о назначении многодетным семьям ежегодной денежной компенсации на каждого из детей не старше восемнадцати лет, обучающихся в общеобразовательных организациях, на приобретение комплекта школьной одежды, спортивной одежды и обуви и школьных письменных принадлежностей

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

фамилия, имя, отчество полностью

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт (иной документ, удостоверяющий личность):

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

 Прошу назначить мне ежегодную денежную компенсацию многодетным семьям на \_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать количество) детей, обучающихся в общеобразовательной организации.

Получателем ежемесячной денежной компенсации многодетным семьям в соответствии с Законом Ставропольского края от 27.12.2012 № 123-кз «О мерах социальной поддержки многодетных семей» (нужное отметить знаком «V»):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Являюсь |  | Не являюсь |

Для назначения ежегодной денежной компенсации многодетным семьям представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-воэкземпляров |
| 1. | Паспорт |  |
| 2. | Свидетельство о рождении  |  |
| 3. | Документ, подтверждающий факт совместного проживания  |  |
| 4. | Справка общеобразовательной организации |  |
|  | Дополнительно представляю: |  |
| 5. |  |  |

 Прошу выплатить ежегодную денежную компенсацию многодетной семье через:

кредитную организцию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование организации

на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовое отделение по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления:\_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, инициалы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_приняты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и зарегистрированы №\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы

Сообщаю, что при обнаружении переплаты по моей вине обязуюсь возместить излишне выплаченную сумму в полном объеме.

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

 дата подпись заявителя