

В территориальный ОСЗН по _____ городу (району)
ДСЗН администрации Владимирской области

Заявление

о выплате денежной компенсации для обеспечения полноценным питанием

От _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, зарегистрированной(ого) по адресу: _____
_____ тел. N _____

Паспорт серии _____ N _____ выдан " _____ " _____ 200__ г.

_____ кем выдан паспорт

1. Прошу назначить денежную компенсацию беременной женщине, кормящей матери, на детей в возрасте до трех лет (ненужное зачеркнуть)

Фамилия, имя, отчество ребенка	Дата рождения	Место регистрации детей	Родственные отношения	Наличие опеки
1.				
2.				

2. Одновременно сообщаю _____
(фамилия, имя, отчество детей)

находится на полном государственном обеспечении, посещает дошкольное образовательное учреждение.

3. Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Об изменениях дохода, влияющего на право получения денежной компенсации, обязуюсь сообщить в 3-месячный срок.

Об изменениях в составе семьи, помещении ребенка на полное государственное обеспечение, в детское дошкольное учреждение обязуюсь сообщить в недельный срок.

4. Также прилагаю следующие документы:

- копию свидетельства о рождении ребенка;
- справку из женской консультации, от участкового врача-педиатра и т.п.;
- справку о составе семьи;
- справку о доходах членов семьи за три предыдущих месяца;

- заявление о перечислении денежной компенсации на индивидуальный счет получателя в финансово-кредитном учреждении Российской Федерации или через районное отделение федеральной почтовой связи.

Подпись заявителя _____ Дата подачи " __ " _____ 200__ г.