В отдел (сектор) по _____
ГКУ Рязанской области «Управление социальной защиты населения Рязанской области», расположенный по адресу:
_____
В МФЦ, расположенный по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о назначении ежемесячной денежной компенсации на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в соответствии со ст. 7 (ст. 10) Закона Рязанской области от 21.12.2016 № 91-ОЗ «О мерах социальной поддержки населения Рязанской области»

от_____
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Документ, удостоверяющий личность	
Серия, номер	
Кем выдан	
Дата выдачи	
Дата постоянной регистрации	
Период регистрации по месту пребывания	

Заполняется представителем Заявителя

ФИО представителя заявителя		
Паспортные данные Представителя заявителя	Серия, номер	
	Кем выдан	
	Дата выдачи	
Реквизиты уполномочивающего документа	Наименование	
	Реквизиты	
	Дата выдачи	
Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)	Почтовый адрес с указанием индекса	

Контактный телефон: _____

Прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию на обеспечение полноценным питанием:

беременной женщине ☐

кормящей матери ☐

на ребенка первого года жизни ☐

на ребенка второго и третьего года жизни ☐

Способ получения:

⇨ на банковский счет, открытый в банке-эмитенте ЕЦК (Единая цифровая карта жителя Рязанской области)

⇨ на лицевой счет в банке

наименование банка _____ номер филиала _____

_____

номер лицевого счета по вкладу или банковской карте:

⇨ в отделение почтовой связи по месту жительства № _____

_____

(адрес доставки)

Согласно постановлению Правительства Рязанской области от 27.05.2009 № 144 «Об утверждении порядков назначения и выплаты ежемесячных денежных компенсаций на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до 3 лет» о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера пособия или прекращение выплаты, обязуюсь известить государственное казенное учреждение Рязанской области «Управление социальной защиты населения Рязанской области» в течение 10 рабочих дней, следующих за днем их наступления.

Дата _____ _____/_____/

(подпись) (расшифровка

К заявлению прилагаю следующие документы:

Заявление гражданина и документы для определения права на назначение и выплату ежемесячной денежной компенсации на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет приняты.

Дата_____ _____/_____/

(подпись) (расшифровка)

Расписка-уведомление
в приеме от заявителя документов для предоставления услуги
«Назначение и выплата ежемесячной денежной компенсации на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет»

Заявитель:
Адрес заявителя:
Ф.И.О. предоставившего документы:
(указывается Ф.И.О. полностью (последнее при наличии)).
Телефон предоставившего документы:

№	Наименование и реквизиты документов	Количество экземпляров		Количество листов		Отметка о выдаче докум. заявителю	
		Подлин-ных	копий	Подлин-ных	В копиях	Подлин-ных	В копиях
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

(должность сотрудника, принявшего документы)		*(подпись, Ф.И.О.)*

_____
дата выдачи расписки (указывается сотрудником, принявшим документы)

_____
дата получения результата (указывается сотрудником, принявшим документы