

Управление труда и социальной защиты населения администрации  
Изобильненского городского округа Ставропольского края

(наименование органа соцзащиты)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВЫПЛАТЫ В СВЯЗИ С РОЖДЕНИЕМ  
(УСЫНОВЛЕНИЕМ) ПЕРВОГО РЕБЕНКА**

Гр. (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Фамилия при рождении \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт:

Серия		Дата выдачи	
Номер		Кем выдан	

Гражданство заявителя \_\_\_\_\_

СНИЛС заявителя (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес проживания (пребывания) \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Прошу назначить мне ежемесячную выплату на:

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**Очередность** рождения \_\_\_\_\_

ребенка \_\_\_\_\_

(усыновления) \_\_\_\_\_

Гражданство ребенка \_\_\_\_\_

<\*>Гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. представителя заявителя)

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания (фактического проживания) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Паспорт:

Серия		Дата рождения	
Номер		Дата выдачи	
Кем выдан			

Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя:

Серия \_\_\_\_\_

Номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

(подпись представителя заявителя)

<\*>Сведения заполняются в случае подачи заявления представителем заявителя.

В отношении ребенка:

Лишение родительских прав \_\_\_\_\_

Принятие решения об отмене усыновления \_\_\_\_\_

Находится на полном государственном  
обеспечении \_\_\_\_\_

Состав семьи:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество члена семьи <*>	Дата рождения	Степень родства
1.			
2.			
3.			

<\*> В составе семьи указывается и сам заявитель.

Для назначения ежемесячной выплаты представляю следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество экземпляров
1.	Паспорт гражданина Российской Федерации (иной документ, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации)	
2.	Свидетельство о рождении ребенка	

3.	Документ, подтверждающий рождение и гражданство ребенка, родившегося за пределами Российской Федерации	
4.	Решение суда об усыновлении ребенка	
5.	Документ об установлении опеки над ребенком	
6.	Документ, подтверждающий расторжение брака	
7.	Документы, подтверждающие доходы	
8.	Справка о призыве родителя (супруга родителя) на военную службу	
9.	Документ, подтверждающий реквизиты счета, открытого в кредитной организации	
Дополнительно представляю:		
10.		
11.		

Заявляю, что за период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. общая сумма доходов моей семьи составила:

№ п/п	Вид полученного дохода	Сумма дохода, руб.
1.	Доходы, полученные от трудовой и предпринимательской деятельности	
2.	Денежное довольствие военнослужащих	
3.	Выплаты социального характера:	
3.1.	пенсии, компенсационные выплаты, дополнительное ежемесячное обеспечение пенсионера	
3.2.	пособия, получаемые в органах социальной защиты населения	
3.3.	стипендии и иные денежные выплаты	
3.4.	пособие по безработице и иные выплаты безработным гражданам	
4.	Пособия по временной нетрудоспособности, ежемесячные страховые выплаты по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, выплачиваемые из средств Фонда социального страхования	
5.	Иные полученные доходы:	
5.1.		
5.2.		

Сообщаю, что ежемесячная выплата в связи с рождением (усыновлением) первого ребенка ранее:

\_\_\_\_\_ (указать назначена/не назначена)

\_\_\_\_\_ (указать в каком органе социальной защиты населения назначена выплата, месяц прекращения)

Прошу перечислять ежемесячную выплату в кредитную организацию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

на счет № \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю.

В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 28 декабря 2017 года № 418-ФЗ «О ежемесячных выплатах семьям, имеющим детей» об изменении места жительства, а также о наступлении обстоятельств, влияющих на право получения ежемесячной выплаты, влекущих прекращение выплаты ежемесячной выплаты, обязуюсь сообщить в месячный срок. При обнаружении переплаты по моей вине или в случае счетной ошибки обязуюсь возместить излишне выплаченные суммы в полном объеме.

Согласен(на) на бессрочную (до особого распоряжения) обработку моих персональных данных и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка в целях назначения и выплаты ежемесячной выплаты и на истребование необходимых сведений из других органов и организаций в рамках предоставления государственной услуги.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество заявителя)

приняты \_\_\_\_\_ и зарегистрированы № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата принятия

\_\_\_\_\_ подпись специалиста, принявшего документы

Расписка в приеме документов

Заявление и документы гр.

\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество заявителя)

приняты

\_\_\_\_\_ и зарегистрированы № \_\_\_\_\_  
дата принятия

Телефон для справок

\_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_

Специалист

\_\_\_\_\_ /Расшифровка подписи/