**Заявление**

**о предоставлении мер социальной поддержки**

**многодетной семье**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Начальнику управления социальной защиты населения по  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (город, округ, район)  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество, дата рождения заявителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (документ, удостоверяющий личность)  кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Адрес жительства (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу предоставлять моей семье следующие меры социальной поддержки в соответствии с [Законом](consultantplus://offline/ref=30344DF2447D2E58E1AD43E5634D91070847940BCCE99298C225BC1C13B027562B3E70B5B2CD4B3D64458A9194FA16AD63sEoFI) Амурской области от 19.01.2005 № 408-ОЗ «О мерах социальной поддержки многодетных семей»:  освобождение от платы за лекарства, приобретаемые по рецептам врачей, для детей в возрасте до 6 лет;  бесплатный проезд обучающихся в общеобразовательных организациях по образовательным программам начального общего, основного общего и (или) среднего общего образования по муниципальным маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам, а также по межмуниципальным маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам в границах муниципального района (округа) и городского округа, являющегося административным центром данного муниципального района (округа) на ребенка (детей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (указать фамилию, имя, отчество каждого ребенка, которому необходимо предоставить бесплатный проезд)  бесплатное питание один раз в день для обучающихся по образовательным программам основного общего и (или) среднего общего образования в общеобразовательных организациях в дни посещения учебных занятий.  **Сведения о детях, входящих в состав многодетной семьи:**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | N№ п/п | Фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка | Находится на полном государственном обеспечении  (да/нет) | Реквизиты актовой записи о рождении | Адрес регистрации  места жительства (пребывания) ребенка | Чем подтверждается адрес регистрации места жительства (пребывания) ребенка  [<\*>](file:///C:\Users\User\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.414\регл.docx#P591) | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 1 |  |  |  |  |  |   **Подтверждаю, что указанные дети, входящие в состав моей многодетной семьи, со мной совместно проживают и ведут совместное хозяйство по указанному адресу моего места жительства (пребывания)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя)  Дополнительная информация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Обязуюсь незамедлительно извещать управление социальной защиты населения по месту жительства (пребывания) о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления мер социальной поддержки** (утрата права на получение мер социальной поддержки, прекращение ребенком обучения в общеобразовательной организации, прекращения совместного проживания с детьми (ребенком), изменение состава семьи, снятие заявителя с регистрационного учета по месту жительства (пребывания) на территории обслуживания ГКУ-УСЗН, снятие ребенка (детей) с регистрационного учета по месту жительства (пребывания) на территории Амурской области, лишение (ограничение) прав в отношении детей, прекращение осуществления воспитания детей и т.п.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя)  **Уведомлен (а) о необходимости:**  а) получения в ГКУ-УСЗН документов, для осуществления бесплатного проезда на детей из многодетных семей;  б) ведения журнала индивидуального учета получения лекарственных препаратов, а также о необходимости обращения в ГКУ-УСЗН с указанным журналом в целях осуществления ГКУ-УСЗН действий по его оформлению (нумерация листов, заверение печатью и др.).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя)  К заявлению прилагаю следующие документы:  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подтверждаю свое согласие на обработку указанных в настоящем заявлении персональных данных.  Дата подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сведения, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.  Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приема заявления \_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |