**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 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 регистрацииместа жительства (пребывания) ребенка | Чем подтверждается адрес регистрации места жительства (пребывания) ребенка[<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5CUser%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5CRar%24DIa0.414%5C%D1%80%D0%B5%D0%B3%D0%BB.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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |