

Приложение № 2 к административному регламенту предоставления государственной услуги по назначению и выплате ежемесячной денежной помощи лицу, проживающему вместе с инвалидом I или II группы вследствие психического расстройства, по уходу за ним

**УПРАВЛЕНИЕ ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ
ГОРОДА АЛУШТЫ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦУ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ
ВМЕСТЕ С ИНВАЛИДОМ I ИЛИ II ГРУППЫ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО
РАССТРОЙСТВА, ПО УХОДУ ЗА НИМ**

ФИО	
Дата рождения	
Паспорт (серия, номер, дата выдачи)	
Кем выдан	
СНИЛС	
Адрес регистрации	
Адрес пребывания	
Дата регистрации (пребывания)	
Данные паспорта подтверждаю: (специалист приема, подпись, расшифровка)	
Контактный телефон	

Прошу назначить ежемесячную денежную помощь лицу, проживающему с инвалидом I или II группы вследствие психического расстройства, по уходу за

**Назначенную сумму социального пособия прошу перечислять в (№ подразделения, доп. офиса, филиала кредитной организации) _____
на счет по вкладу № _____**

№ отделения почтовой связи _____

1. Обязуюсь в пятидневный срок сообщить органу труда и социальной защиты населения, об изменении представленных для назначения ежемесячной денежной помощи лицу, проживающему с инвалидом I или II группы вследствие психического расстройства, по уходу за ним, данных (перемена места жительства, изменения в составе семьи в связи со смертью или изменения места жительства инвалида I или II группы вследствие психического расстройства, нахождения на полном государственном обеспечении или стационарном лечении в течение полного календарного месяца, и др.).

2. Я поставлен(а) в известность о том, что орган труда и социальной защиты населения имеет право проверить достоверность предоставленных мною сведений.

3. В случае не предоставления сведений о названных обстоятельствах, либо подачи недостоверных сведений обязуюсь возместить излишне выплаченную сумму ежемесячной денежной помощи в полном объеме.

Подпись заявителя _____

4. Перечень принятых документов:

№ п/п	Наименование документов	Количество документов
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

даю согласие на использование и обработку моих персональных данных с целью оказания мер социальной поддержки в соответствии с Федеральным Законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» _____

Подпись заявителя _____

Дата « ____ » _____ 201__ г.

Принято « ____ » _____ 20__ г.

Регистрационный номер _____

Подпись специалиста управления: _____

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный № заявления	Дата приема заявления	Подпись специалиста

