В администрацию городского округа Тольятти

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя)

зарегистрированный(ая) по адресу: г. Тольятти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: г. Тольятти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Паспорт, серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда)

являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать категорию)

Медицинская помощь оказывается в медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется при наличии чрезвычайных обстоятельств, связанных с оказанием

медицинской помощи)

Прошу предоставить дополнительные меры социальной поддержки для

граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, чрезвычайных

обстоятельствах (нужное подчеркнуть), в виде единовременных денежных выплат

в связи с

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать основание, соответствующие обстоятельства)

на счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ через отделение почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное выбрать)

Заявляю, что за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ среднедушевой доход

семьи (одиноко проживающего гражданина):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Родственные отношения | Год рождения | Сведения о социально-демографической группе, категории | Доход, руб. (в т.ч. алименты) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

составил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сумма в рублях).

Прошу исключить алименты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, удержанные в пользу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Сообщаю, что ранее дополнительные меры социальной поддержки для

граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, чрезвычайных

обстоятельствах, в виде единовременных денежных выплат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(не предоставлялись/не предоставлялись, если предоставлялись, то когда)

К настоящему заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Для отметки специалиста |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Достоверность представленных сведений подтверждаю, при выявлении

обратного обязуюсь вернуть соответствующие перечисленные денежные средства.

Несу ответственность за достоверность представленных сведений в

соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

О регистрации пакета документов уведомлен(а).

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Заявление и документы приняты

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(Ф.И.О., подпись лица, осуществившего (дата)

прием документов)

Зарегистрировано N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заполняется работником муниципального автономного учреждения городского

округа Тольятти "Многофункциональный центр предоставления государственных и

муниципальных услуг:

Сведения о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки для

граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, чрезвычайных

обстоятельствах в виде единовременных денежных выплат:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Среднедушевой доход семьи (одиноко проживающего гражданина): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Величина прожиточного минимума семьи (одиноко проживающего гражданина):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. инспектора)

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г