

**УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В НИЖНЕГОРСКОМ РАЙОНЕ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ – ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НАЗНАЧЕНИИ  
ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПОСОБИЯ НА РЕБЕНКА ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО, ПРОХОДЯЩЕГО  
ВОЕННУЮ СЛУЖБУ ПО ПРИЗЫВУ**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год рождения \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
дата установления места жительства (пребывания)

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

Данные паспорта подтверждаю: \_\_\_\_\_  
(специалист по назначению, подпись, расшифровка)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Прошу назначить мне ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего  
военную службу по призыву**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество и дата рождения ребенка)

**РАНЕЕ ПОСОБИЕ ПОЛУЧИЛ(А) ОТ ОРГАНА СОЦЗАЩИТЫ**

\_\_\_\_\_  
(указать наименование органа соцзащиты)

**ПОСОБИЕ ПОЛУЧИЛ(А)** \_\_\_\_\_ **20** г.  
(указать период выплаты)

**1. Назначенное пособие прошу перечислять в кредитное учреждение**

№ \_\_\_\_\_ на счет по вкладу № \_\_\_\_\_

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

**3. В случае проверки представленных мною сведений обязуюсь в пятидневный срок представить в управление требуемые  
документы.**

**4. Обязуюсь в пятидневный срок сообщить управлению о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты  
ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, (перемена места  
жительства моего или ребенка, помещение ребенка в детское учреждение на полное государственное обеспечение, лишение  
родительских прав (ограничение в родительских правах), нахождение ребенка под опекой (попечительством), выезд мой  
или ребенка на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации, досрочное прекращение военной службы  
отцом ребенка и др.).**

5. В случае непредоставления сведений о названных обстоятельствах либо подачи недостоверных сведений обязуюсь возместить излишне выплаченную сумму пособия в полном объеме.

6. Перечень принятых документов:

№\№	Наименование документов	Количество документов
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Принято \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Регистрационный номер \_\_\_\_\_      дата \_\_\_\_\_

Подпись специалиста управления: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----

Линия отреза

Расписка-уведомление

Заявление и документы

гр. \_\_\_\_\_

Регистрационный номер Заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста

Заместитель министра  
социального развития и семейной  
политики Краснодарского края

И.И.Целищева