В управление

социальной защиты населения

г. Ялуторовск

(указывается город, район)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Фамилия, имя, отчество (без сокращений) **Иванова Ирина Сергеевна**

Статус (мать, отец, опекун и т.д.) - для получения пособия на ребенка МАТЬ

Наименование документа удостоверяющего личность Паспорт РФ

**Серия 71 11 Номер 111222 выдан 04.04.2015 Межрайонным отделом УФМС России по Тюменской области в гор. Ялуторовске**

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) (заполняется при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): **627010 г. Ялуторовск, ул. Зеленая, д.3, кв.3**

(указывается почтовый индекс, наименование региона, района, города, села, иного населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

Адрес фактического места жительства (заполняется в случае проживания по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства (пребывания)):

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

(указывается почтовый индекс, наименование региона, района, города, села, иного населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

В период со дня рождения ребенка до подачи настоящего заявления я и (или) второй родитель (усыновитель) имели место жительства в другом субъекте РФ (нужное подчеркнуть):

- нет;

- да. Проживали в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование субъекта РФ, муниципального образования)

Телефон **8-922-222-22-22** Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить (нужное подчеркнуть):

- пособие на ребенка; на ребенка одинокой матери; на ребенка

военнослужащего срочной службы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать место службы или наименование и местонахождение военной профессиональной образовательной организации или военной образовательной организации высшего образования)

на ребенка, родители (один из родителей) которого уклоняются от уплаты

алиментов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указать реквизиты решения суда о взыскании алиментов)

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

(указать наименование и местонахождение общеобразовательной организации, если ребенок достиг возраста 16 лет)

Сведения о составе семьи (указываются совместно проживающие и ведущие совместное хозяйство несовершеннолетние дети, совершеннолетние дети до достижения ими 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения, и их родители (усыновители).Родители ребёнка, на которого назначается пособие, состоящие в браке, указываются независимо от раздельного или совместного проживания):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. членов семьи [\*](file:///C:\Users\glav\Desktop\ФОРМА ЗАЯВЛ\на сайт\1.docx" \l "Par256) | Дата рождения | Степень родства |
| **Иванова Светлана Алексеевна** | **08.08.2008** | **дочь** |
|  |  |  |

\* В отношении ребенка в данной графе также указывается наименование органа, выдавшего свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка,в отношении супруга (супруги) - указывается наименование органа, выдавшего свидетельство о заключении брака(сведения указываются в случае если свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, свидетельство о заключении брака заявителем не предоставляются)

Сведения о получаемых всеми членами семьи доходах за период с

**01.01.2015 по 31.03.2015**

(за двенадцать последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень доходов | Вид и сумма [\*](file:///C:\Users\glav\Desktop\ФОРМА ЗАЯВЛ\на сайт\1.docx" \l "Par309) полученного дохода, руб. | Место получения дохода (название и местонахождение организации) |
| 1 | Доходы от трудовой деятельности |  |  |
|  |  |
| 2 | Социальные выплаты [\*\*](file:///C:\Users\glav\Desktop\ФОРМА ЗАЯВЛ\на сайт\1.docx" \l "Par311) (пенсия, надбавки и доплаты к ней, стипендия, выплаты безработным, выплаты по больничному листу, пособия на ребенка и т.п.) | **пособие по уходу за ребенком**  **до 1,5 лет** | **УСЗН** |
| 3 | Доходы от имущества, принадлежащего на праве собственности членам семьи:  - доходы от реализации и сдачи в аренду (наем) имущества;  - доходы от реализации плодов и продукции личного подсобного хозяйства |  |  |
| 4 | Доходы от предпринимательской деятельности, включая доходы от деятельности крестьянского (фермерского) хозяйства, в том числе без образования юридического лица |  |  |
| 5 | Алименты |  |  |
| 6 | Другие доходы |  |  |
|  |  |  |

\* Сумма дохода указывается в случае отсутствия его документальногоподтверждения.

\*\* В случае получения доходов в виде пенсии и (или) иных выплат ворганах, осуществляющих пенсионное обеспечение; мер социальной поддержки населения Тюменской области, получаемых в управлениях социальной защиты населения Тюменской области; пособий по безработице, получаемых в территориальных центрах занятости населения Тюменской области, в графе 3 указывается конкретный вид дохода, суммадохода не указывается.

**Заявляю,** что в период с 01.01.2015 по 31.03.2015 я не имел (не имела) доходов по следующим уважительным причинам (нужное подчеркнуть):

- осуществление ухода за проживающим со мной ребенком (детьми) в возрасте до 3-х лет,

- осуществление ухода за проживающими со мной тремя и более несовершеннолетними детьми;

- осуществление ухода за проживающим со мной ребенком (детьми) в возрасте от трех лет до поступления в первый класс общеобразовательной организации при наличии у ребенка заболевания, препятствующего посещению дошкольной образовательной организации;

- осуществление ухода за пожилым гражданином или гражданином, достигшим возраста 80 лет, инвалидом I группы, ребенком-инвалидом;

- осуществление ухода за членом семьи, временно нуждающимся в постороннем уходе;

- отсутствие стипендии;

- нахождение в академическом отпуске по медицинским показаниям;

- нахождение гражданина на амбулаторном или стационарном лечении на все время болезни;

- отсутствие выплаты всех видов пособий по безработице и других выплат (в отношении гражданина, имеющего статус безработного);

- нахождение в отпуске без сохранения заработной платы;

- неполучение доходов в виде алиментов.

**Заявляю,** что в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ второй родитель (усыновитель) не имел (не имела) доходов по следующим уважительным причинам (нужное подчеркнуть):

- осуществление ухода за проживающим с ним ребенком (детьми) в возрасте до 3-х лет,

- осуществление ухода за проживающими с ним тремя и более несовершеннолетними детьми;

- осуществление ухода за проживающим с ним ребенком (детьми) в возрасте от трех лет до поступления в первый класс общеобразовательной организации при наличии у ребенка заболевания, препятствующего посещению дошкольной образовательной организации;

- осуществление ухода за пожилым гражданином или гражданином, достигшим возраста 80 лет, инвалидом I группы, ребенком-инвалидом;

- осуществление ухода за членом семьи, временно нуждающимся в постороннем уходе;

- отсутствие стипендии;

- нахождение в академическом отпуске по медицинским показаниям;

- нахождение гражданина на амбулаторном или стационарном лечении на все время болезни;

- отсутствие выплаты всех видов пособий по безработице и других выплат (в отношении гражданина, имеющего статус безработного);

- нахождение в отпуске без сохранения заработной платы;

- нахождение второго родителя (усыновителя) в розыске на период до признания его в установленном порядке безвестно отсутствующим или объявления его умершим.

**Заявляю,** что за двенадцать последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи настоящего заявления мной, членами моей семьи (нужное подчеркнуть):

а) недвижимое имущество и транспортные средства не приобретались, оплата обучения на платной основе в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, не производилась;

б) приобретено:

- недвижимое имущество, стоимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- транспортное средство, стоимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

в) произведена оплата обучения на платной основе в образовательных организациях всех видов в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Смена фамилии** (имени, отчества): да / нет (нужное подчеркнуть),наименование органа, выдавшего документ о смене фамилии (имени, отчества)

**Ишимский отдел ЗАГС Управления записи актов гражданского состояния Тюменской области**

**Прошу** выплатить пособие через [***408100000000000000003***](javascript:void(0);)***, 29/240***

(организацию федеральной почтовой связи или кредитную организацию)

Уведомление о принятом решении прошу направить на адрес: **627010 г. Ялуторовск, ул. Зеленая, д.3, кв.3**

(почтовый адрес, электронный адрес)

Я обязуюсь извещать органы социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление (прекращение) мер социальной поддержки в сроки, установленные действующим законодательством.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

---------------------------------------------------------------------------

Заявление гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с приложением документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принято "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_ г. и зарегистрировано под N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись специалиста, принявшего заявление)

---------------------------------------------------------------------------

(линия отреза)