|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Тамбовского областного государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения      (фамилия, имя, отчество)      (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)зарегистрированной(го) по адресу:      фактически проживающей(го) по адресу:      СНИЛС      контактный телефон       |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Всоответствии с Законом области от 29.06.2012 № 159-З «О дополнительных мерах социальной поддержки детей, беременных женщин» прошу назначить ежемесячную денежную выплату :

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество ребенка | Число, месяц и год рождения ребенка |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Прошу перечислять ежемесячную денежную выплату:

(номер счета и наименование кредитной организации или номер почтового отделения)

Обязуюсь в течение 30 календарных дней сообщить в Тамбовское областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания по месту жительства об изменениях (превышение дохода семьи прожиточного минимума, утвержденного в целом по Тамбовской области, перемена места жительства, помещение ребенка на полное государственное обеспечение, принятие решения об установлении (прекращении) опеки и др.), влияющих на выплату ежемесячной денежной выплаты.

Даю согласие на обработку и использование моих персональных данных в целях реализации права на получение государственной услуги.

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

 (подпись заявителя)