|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гомельскі гарадскі выканаўчы камітэт  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  (прозвішча, уласнае імя, імя па бацьку (калі такое маецца)  \_\_\_\_\_\_\_\_ ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  грамадзяніна, паўналетняга члена сям'і \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  апекуна (папячыцеля) прадстаўніка)  \_ ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  рэгістрацыя па месцы жыхарства (месцу знаходжання)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЗАЯВА**  **аб прадастаўленні дзяржаўнай адраснай сацыяльнай дапамогі ў выглядзе**  **сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў (які ўбіраюць трусікаў), якія ўбіраюць прасцінай (пялёнак), уралагічных пракладак (укладышаў)**    1. Прашу прадаставіць дзяржаўную адрасную сацыяльную дапамогу ў выглядзе сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў (які ўбіраюць трусікаў), якія ўбіраюць прасцінай (пялёнак), уралагічных пракладак (укладышаў)  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  (прозвішча, уласнае імя, імя па бацьку (калі такое ёсць) асобы, якая мае права на атрыманне    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў, які з'яўляецца дзіцем-інвалідам, які мае IV ступень страты здароўя (далей е- дзіця-інвалід), інвалідам I групы  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(пералічыць прадметы гігіены*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(пералічыць прадметы гігіены)*  2. Рэгістрацыя па месцы жыхарства (месцы знаходжання) дзіцяці-інваліда, інваліда I групы:  найменне населенага пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  вуліца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кватэра № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Хатні тэлефон ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** мабільны тэлефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Папярэджвае ( а):** аб наступствах за ўтойванне звестак (прадстаўленне недакладных звестак), з якімі звязана права на прадастаўленне дзяржаўнай адраснай сацыяльнай дапамогі і (або) ад якіх залежыць яе памер;  аб нявыплаце сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў пры надыходзе да яе выплаты абставін, якія цягнуць страту грамадзянінам права на такую дапамогу;  аб нявыплаце членам сям'і (апекуну (папячыцелю), прадстаўніку) сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў у выпадку смерці грамадзяніна, які меў права на такую дапамогу.  Прыкладаю дакументы на \_\_\_\_ л .     |  |  |  | | --- | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | (подпіс заяўніка) |   Дакументы прыняты \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпіс спецыяліста, які прыняў дакументы)  Рэгістрацыйны нумар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » ;  Гомельскі гарадскі выканаўчы камітэт  **Іваноў Іван Іванавіч**  **г. Гомель, вул. Кірава, в. 15, кв. 16**  (рэгістрацыя па месцы жыхарства  **г. Гомель, вул. Кірава, в. 15, кв. 16**  (месцу знаходжання)  **ЗАЯВА**  **аб прадастаўленні дзяржаўнай адраснай сацыяльнай дапамогі ў выглядзе**  **сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў (які ўбіраюць трусікаў), якія ўбіраюць прасцінай (пялёнак), уралагічных пракладак (укладышаў)**    1. Прашу прадаставіць дзяржаўную адрасную сацыяльную дапамогу ў выглядзе сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў (які ўбіраюць трусікаў), якія ўбіраюць прасцінай (пялёнак), уралагічных пракладак (укладышаў)  **Сідараў Іван Пятровіч**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  сацыяльнай дапамогі для кампенсацыі затрат на набыццё падгузнікаў, які з'яўляецца дзіцем-інвалідам, які мае IV ступень страты здароўя (далей е- дзіця-інвалід), інвалідам I групы  **Падгузнікі, уралагічныя пракладкі, якія ўбіраюць пялёнкі**  2. Рэгістрацыя па месцы жыхарства (месцы знаходжання) дзіцяці-інваліда, інваліда I групы:  найменне населенага пункта **г. Гомель**  вуліца **Савецкая**  дом № **17**  кватэра № **6**  3. Хатні тэлефон **3-15-45**мабільны тэлефон **8033 6171514**  Прыкладаю дакументы на \_ **10** \_\_\_ л.  20 г. **@**  дата падачы заявы подпіс заяўніка |