|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  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 |