|  |
| --- |
| В территориальное управлениесоциальной защиты населенияпо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ЗАЯВЛЕНИЕо назначении пособия на ребенка малоимущим гражданам, в семьях которых по независящим от них причинам размер среднедушевого дохода не превышает величину прожиточного минимума на душу населения в Ивановской области, определенную в установленном порядке |
| Дата подачи заявления |  |
|  |
| Категория заявителя |  | Родитель (усыновитель) |
| (выбрать, поставив галочку) |  | Представитель заявителя |
| Сведения о заявителе |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| СНИЛС |  |
| Телефон |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания |  |
| Данные о документе, удостоверяющем личность заявителя |
| Наименование документа |  |
| Серия и номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Код подразделения |  |
| Сведения о представителе заявителя |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| СНИЛС |  |
| Телефон |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Данные о документе, удостоверяющем личность представителя заявителя |
| Наименование документа |  |
| Серия и номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Код подразделения |  |

Дополнительные сведения о заявителе

или несколько из следующих утверждений (поставьте галочку),

если они являются верными в период за 12 месяцев перед

1 месяцем, предшествующим месяцу подачи заявления, т.е.

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Проходил(а) военную службу по призыву или проходит ее сейчас, обучается в военной образовательной организации?(сведения о прохождении военной службы указываются, в том числе при исполнении обязанностей в момент подачи заявления, включая период не более 3 месяцев со дня демобилизации) |
|  |
|  | Проходил(а) военную службу по мобилизации в Вооруженных Силах Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.09.2022 N 647 "Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации" |
|  |
|  | Обучался(лась) по очной форме обучения и не получал(а) стипендию |
|  |
|  | Ухаживал(а) за ребенком-инвалидом до 18 лет, инвалидом с детства I группы или за нетрудоспособными лицамиукажите фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, СНИЛС нетрудоспособного лица, за которым осуществлялся уход: |
|  |
| ФИО |
| Дата рождения | СНИЛС |
|  |
|  | Был(а) лишен(а) свободы или отбывает наказание(включая период не более 3 месяцев со дня освобождения) |
|  |
|  | Находится на полном государственном обеспечении |
|  |  |
|  | Находится на принудительном лечении |
|  |  |
|  | Получает доходы в виде стипендии, ежемесячное пожизненное содержание судей, вышедших в отставку, алименты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сумма алиментов, полученных в расчетном периоде) |
|  |
|  | Является или являлся(ась) сотрудником силовых или военных структур: |
|  | Минобороны России (включая службу в Вооруженных Силах Российской Федерации, Главном управлении Генерального штаба Вооруженных Сил Российской Федерации, Росгвардии, Федеральной службе судебных приставов, Федеральной таможенной службе, Главном управлении специальных программ Президента Российской Федерации)? (выбрать)Если является или являлся, то указать ИНН работодателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сведения об ИНН можно получить из справки 2-НДФЛ или уточнить у работодателя |
|  | Является индивидуальным предпринимателем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ИНН) |
|  |
|  | Была беременна или беременна на момент подачи заявления |
|  |  |
|  | Является одиноким родителем |
|  |  | Одинокий родитель (в свидетельстве о рождении ребенка в графе отец должен быть прочерк или справка, подтверждающая, что отец ребенка вписан со слов матери) |

|  |
| --- |
| Сведения о детях |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Где зарегистрировано рождение ребенка? |  |
| СНИЛС |  |
|  |  |
| Это ребенок, на которого желаете назначить пособие? |  | Да |
|  | Нет |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания |  |
| Реквизиты актовой записи о рождении |
| Номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
|  |  |
| Имеются ли у Вашего ребенка доходы? |  | Да |
|  | Нет |
|  |
| Фамилия, имя, отчество |  |
|  |  |
| Дата рождения |  |
| Где зарегистрировано рождение ребенка? |  |
| СНИЛС |  |
|  |  |
| Это ребенок, на которого желаете назначить пособие? |  | Да |
|  | Нет |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания |  |
| Реквизиты актовой записи о рождении |
| Номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
|  |  |  |
| Имеются ли у Вашего ребенка доходы? |  | Да |
|  | Нет |

|  |
| --- |
| Реквизиты актовой записи о заключении брака |
| Номер |  |
| Дата |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
| Сведения о супруге заявителя |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| СНИЛС |  |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания |  |
| Данные о документе, удостоверяющем личность супруга заявителя |
| Наименование документа |  |
| Серия и номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Код подразделения |  |

Дополнительные сведения о членах семьи заявителя

выберите одно или несколько из следующих утверждений

(поставьте галочку), если они являются верными в период

за 12 месяцев перед 1 месяцем, предшествующим месяцу

подачи заявления, т.е.

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Проходил(а) военную службу по призыву или проходит ее сейчас, обучается в военной образовательной организации?(сведения о прохождении военной службы указываются, в том числе при исполнении обязанностей в момент подачи заявления, включая период не более 3 месяцев со дня демобилизации) |
|  |
|  | Проходил(а) военную службу по мобилизации в Вооруженных Силах Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.09.2022 N 647 "Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации" |
|  |
|  | Обучался(лась) по очной форме обучения и не получал(а) стипендию |
|  |  |
|  | Ухаживал(а) за ребенком-инвалидом до 18 лет, инвалидом с детства I группы или за нетрудоспособными лицамиукажите фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, СНИЛС нетрудоспособного лица, за которым осуществлялся уход: |
|  |
| ФИО |
| Дата рождения | СНИЛС |
|  | Был(а) лишен(а) свободы или отбывает наказание(включая период не более 3 месяцев со дня освобождения) |
|  |
|  | Находится на полном государственном обеспечении |
|  |  |
|  | Находится на принудительном лечении |
|  |  |
|  | Получает доходы в виде стипендии, ежемесячное пожизненное содержание судей, вышедших в отставку |
|  |
|  | Является или являлся(ась) сотрудником силовых или военных структур:Минобороны России (включая службу в Вооруженных Силах Российской Федерации, Главном управлении Генерального штаба Вооруженных Сил Российской Федерации, Росгвардии, Федеральной службе судебных приставов, Федеральной таможенной службе, Главном управлении специальных программ Президента Российской Федерации)? (выбрать)Если является или являлся, то указать ИНН работодателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сведения об ИНН можно получить из справки 2-НДФЛ или уточнить у работодателя |
|  |
|  |
|  |  |
|  | Является индивидуальным предпринимателем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ИНН) |  |
|  | Была беременна или беременна на момент подачи заявления |
| Реквизиты актовой записи о расторжении брака (если брак расторгнут) |
| Номер |  |
| Дата |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
| Реквизиты актовой записи о смерти супруга (если заявитель вдова (вдовец)) |
| Номер |  |
| Дата |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |

|  |
| --- |
| Сведения о банковских реквизитах/почтовом адресе для перечисления денежных средств |
| Наименование банка |  |
| БИК кредитной организации |  |
| Номер расчетного счета заявителя |  |
| Номер почтового отделения (при желании получать пособие через почту) |  |

|  |
| --- |
| Способ получения результата |
| Получить результат через Портал государственных услуг |  |
| Получить дополнительно результат на бумажном носителе |  |

|  |
| --- |
| Семья нуждается в справке о признании семьи малоимущей для представления: |
|  | полноценного питания ребенку в возрасте до трех лет, не посещающему дошкольную образовательную организацию (смеси, каши) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | компенсации части родительской платы за присмотр и уход за детьми в дошкольных образовательных организациях |

|  |  |
| --- | --- |
|  | бесплатных лекарственных препаратов ребенку в возрасте до шести лет для лечения острых респираторных вирусных инфекций и бронхолегочных заболеваний |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заявителя) |