**ТИПОВАЯ ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ**

**о назначении единовременной выплаты беременной женщине, обучающейся по очной форме обучения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование ТУСЗН ) |
| **Прошу назначить единовременную выплату** | | |

**Статус заявителя** (выбрать нужное, поставив отметку)

|  |  |
| --- | --- |
| Беременная женщина |  |
| доверенное лицо заявителя |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сведения о беременной женщине** | | | |
| 1. Фамилия | |  |
| 1. Имя | |  |
| 1. Отчество (при наличии) | |  |
| 1. Дата рождения | |  |
| 1. Место рождения | |  |
| 1. Сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, дата выдачи, реквизиты) <1> | |  |
| 1. СНИЛС | |  |
| 1. Гражданство | |  |
| 1. Адрес места жительства и адрес места пребывания (при наличии) | |  |
| 1. Наименование образовательной организации (филиала образовательной организации) | |  |
| 11. Реквизиты счета, открытого на имя заявителя | |  |
| 12. Номер почтового отделения – при желании получить выплату через почтовое отделение | |  |
| 1. Контактные   данные: | номер телефона |  |
| электронная почта |  |
| **Сведения о доверенном лице – при обращении доверенного лица** | | |
| 1. Фамилия | |  |
| 1. Имя | |  |
| 1. Отчество (при наличии) | |  |
| 1. Дата рождения | |  |
| 1. Сведения о документе, удостоверяющем личность представителя заявителя (вид, дата выдачи, реквизиты) | |  |
| 1. Сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя заявителя | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Решение о назначении единовременной выплаты или об отказе в ее назначении прошу направить |  |
|  | (по электронной почте, почтовым отправлением, выдать на руки) |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении

компенсации, сформирован:

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста)