Директору КУВО «Управление социальной защиты населения Коминтерновского районаг. Воронежа»

Пахомовой О.Н.

ОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя. отчество (при наличии) заявителя)

проживающего(ей) по адресу на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(указать адрес)

адрес места пребывания на территории Российской Федерации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(указать адрес)

документ, удостоверяющий личность: наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ,
удостоверяющий личность, дата выдачи)

гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(гражданство Украины, или Донецкой Народной
Республики, или Луганской Народной Республики.

лицо без гражданства - указать нужное)

Страховой номер индивидуального лицевого счета(при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона и адрес электронной почты (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении выплат гражданам Донецкой Народной Республики,
Луганской Народной Республики, Украины и лицам

без гражданства, вынужденно покинувшим территории Донецкой
Народной Республики, Луганской Народной Республики, Украины
и прибывшим на территорию Российской Федерации

Прошу предоставить мне выплату (выплаты):

* ежемесячная социальная выплата инвалидам
* ежемесячная пенсионная выплата
* доплата к ежемесячной пенсионной выплате или ежемесячной социальной выплате инвалидам, предоставляемая инвалидам I группы, детям-инвалидам, а также лицам, достигшим возраста 80 лет
* ежемесячная выплата ветеранам Великой Отечественной войны
* единовременная выплата беременным женщинам
* единовременная выплата при рождении ребенка
* ежемесячная выплата на каждого ребенка в возрасте до 18 лет или до 23 лет (при условии обучения по очной форме)
* ежемесячная выплата единственному родителю на каждого ребенка

Перечень прилагаемых документов, необходимых для предоставления выплаты (выплат):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Средства прошу перечислить на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в отделении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации (банка)

Дата пересечения государственной границы Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законные основания пребывания на территории Российской

Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается документ (основания) пребывания на территории Российской Федерации
(миграционная карта, отметка в паспорте о пересечении границы при въезде на
территорию Российской Федерации после 18 февраля 2022 г.,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
разрешение на временное проживание, вид на жительство, регистрация по месту пребывания, иные
документы (сведения), подтверждающие временное пребывание на территории Российской Федерации
в соответствии с законодательством Российской Федерации)

Наименование субъекта Российской Федерации, через территорию которого было осуществлено пересечение государственной границы Российской Федерации,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В случае отказа в предоставлении выплаты (выплат) прошу информировать меня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать адрес электронной почты либо адрес места пребывания на территории Российской Федерации)

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

(дата) (подпись)