

Начальнику УСЗН Еткульского района
(указать должность руководителя и наименование
органа, ответственного за предоставление
государственной услуги)

от _____
(фамилия, имя, отчество без сокращений, а также
статус лица (мать, отец, усыновитель, ребенок)

(сведения о документе, удостоверяющем личность
заявителя (вид документа, удостоверяющего
личность, серия и номер документа, кем выдан
документ, дата его выдачи)

(сведения о документе, удостоверяющем личность
другого родителя (усыновителя) (вид документа,
удостоверяющего личность, серия и номер
документа, кем выдан документ, дата его выдачи)
зарегистрированной (ого) по адресу: _____

(почтовый индекс, наименование региона, района,
города, иного населенного пункта, улицы, номера
дома, корпуса, квартиры)
место фактического проживания _____

(почтовый индекс, наименование региона, района,
города, иного населенного пункта, улицы, номера
дома, корпуса, квартиры)
второй родитель зарегистрирован по адресу: _____

(почтовый индекс, наименование региона, района,
города, иного населенного пункта, улицы, номера
дома, корпуса, квартиры)
адрес электронной почты _____,
ИНН заявителя, другого родителя (усыновителя)
ребенка _____,
СНИЛС заявителя, другого родителя (усыновителя)
ребенка _____,
телефон (с указанием кода) _____

Заявление

о распоряжении средствами областного материнского (семейного) капитала

Прошу направить средства (часть средств) областного материнского
(семейного) капитала на _____

(указать направление: на получение образования ребенком (детьми); на
оплату платных образовательных услуг, в том числе на оплату платных
дополнительных образовательных услуг; на оплату проживания в общежитии;
на оплату медицинских услуг; оплату стоимости проезда получателя
медицинской услуги к месту оказания медицинской услуги и обратно на
территории Российской Федерации; оплату проживания родителя (родителей,
усыновителей)

в размере _____
(указать размер перечисляемых средств областного материнского
(семейного) капитала цифрами и прописью)

Сообщаю, что (нужное отметить галочкой и подчеркнуть в строке):

- с отцом (матерью) ребенка (детей) состою в браке;

- брак расторгнут;

- в брак не вступала;
- отец ребенка (детей) проходит военную службу по призыву;
- отец (мать) ребенка (детей) отбывает наказание в виде лишения свободы;
- отец (мать) ребенка (детей) находится в розыске.

Состав семьи, учитываемый при рассмотрении заявления о распоряжении средствами областного материнского (семейного) капитала:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество члена семьи	Число, месяц и год рождения ребенка	Степень родства
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Для рассмотрения заявления о распоряжении средствами областного материнского (семейного) капитала представляю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Копия документа, удостоверяющего личность	
2.	Копии свидетельств о рождении детей	
3.	Документы, выданные уполномоченными органами и организациями, о регистрации заявителя и ребенка, в связи с рождением (усыновлением) которого возникло право на государственную услугу, а также других членов семьи заявителя по месту жительства (месту пребывания) на территории Челябинской области, подтверждающие их совместное проживание (акт обследования)	
4.	Документы, подтверждающие доход каждого члена семьи за последние три месяца, предшествующих месяцу обращения заявителя, для определения среднедушевого дохода семьи, дающего право на получение государственной услуги	
	Дополнительно представляю следующие документы:	
5.	Иные документы в соответствии с пунктами 13 - 17 Административного регламента	

Настоящим заявлением подтверждаю:

родительских прав в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на государственную услугу, _____;

(указать - не лишалась (-ся) (лишалась (-ся) умышленных преступлений, относящихся к преступлениям против личности в отношении своего ребенка (детей), _____;

(указать - не совершала (не совершал), совершала (совершал) решение об отмене усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого возникло право на государственную услугу, _____;

(указать - не принималось (принималось) решение об ограничении в родительских правах в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на государственную услугу, _____;

(указать - не принималось (принималось) решение об отобрании ребенка, в связи с рождением которого возникло право на государственную услугу, _____.

(указать - не принималось (принималось))

Обязуюсь сообщить в орган социальной защиты не позднее чем в десятидневный срок о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение права на государственную услугу (лишение либо ограничение родительских прав, определение ребенка на полное государственное обеспечение, изменение доходов семьи, дающих право на получение пособия, выезд за пределы района (города, области) на постоянное место жительства, прекращение розыска и другие обстоятельства).

Я предупрежден (-а) о полной материальной и уголовной ответственности в случае представления недостоверных сведений о составе семьи и размере дохода семьи.

Прошу перечислить денежные средства через:

БАНК ПОЛУЧАТЕЛЯ _____

(наименование банка и номер отделения кредитной организации, почтовый адрес)

Р/счет N _____

К/счет N _____

Реквизиты банка: **БИК** _____ **ИНН** _____ **КПП** _____

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Рег. N _____ от " ____ " _____ 20__ г.

Специалист управления _____ / _____ /
социальной защиты населения (подпись) (Ф.И.О.)

(Линия отрыва)

Расписка-уведомление N _____

Заявление и документы от _____ для
(указать фамилию, имя, отчество заявителя полностью)
направления средств областного материнского (семейного) капитала приняты
_____ 20__ г. Заявление зарегистрировано за N _____.
(указать дату)

Должностное лицо Управления _____

(подпись)

(Ф.И.О.)