ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к приказу министерства труда

и социального развития

Краснодарского края

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

"ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Административному регламенту

предоставления государственной услуги "Выплата единовременного пособия в связи со смертью Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации и полного кавалера ордена Славы"

УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В

|  |
| --- |
|  |
| (наименование управления социальной защиты населения) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявитель: | |  | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | |
| Адрес места жительства: | | | | |  | | | | | |
| (указывается адрес регистрации по месту жительства) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Телефонный номер: | | |  | | | | | | | |
| Адрес электронной почты (при наличии): | | | | | | | |  | | |
| Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | | | |
| наименование документа: | | | | |  | | | | | |
| серия |  | | | номер | |  | | | дата выдачи |  |
| кем выдан | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Представитель заявителя: | | | | |  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | |
| Телефонный номер: | | |  | | | | | | | |
| Адрес электронной почты (при наличии): | | | | | | | |  | | |
| Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | | | |
| наименование документа: | | | | |  | | | | | |
| серия |  | | | номер | |  | | | дата выдачи |  |
| кем выдан | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| В соответствии с Законом Российской Федерации от 15 января 1993 года № 4301-I "О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы" прошу предоставить мне единовременное | | | | | | | | | | |
| пособие в связи со смертью (гибелью) | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (указывается фамилия, имя, отчество умершего (погибшего)) | | | | | | | | | | |
| Сообщаю, что мне (заявителю) ранее не предоставлялось единовременное пособие в соответствии с Законом Российской Федерации от 15 января 1993 года № 4301-I "О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы" в связи со смертью (гибелью) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (указывается фамилия, имя, отчество умершего (погибшего)) | | | | | | | | | | |

За достоверность сообщаемых мной сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Единовременное пособие прошу перечислить (нужное отметить):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | − | в организацию федеральной почтовой связи по месту жительства; |
|  | − | на счет, открытый в кредитной организации. |

Документы, прилагаемые к заявлению:

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

Уведомление о предоставлении либо об отказе в предоставлении единовременного пособия прошу направить (нужное отметить):

☐ – в многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг – в случае обращения через него;

☐ – в форме электронного документа в личный кабинет – в случае обращения через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) либо Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Краснодарского края;

☐ – в форме электронного документа на адрес электронной почты;

☐ – в форме документа на бумажном носителе в организацию федера-льной почтовой связи по месту жительства;

☐ – выдать в управлении социальной защиты населения.

В случае неполучения уведомления в управлении социальной защиты населения в течение месяца, а также не выбора способа его доставки (невозможности доставки выбранным способом) уведомление направляется через организацию федеральной почтовой связи по месту жительства.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (дата) |  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |

Заявление принял:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

(линия отрыва)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|  |  |  |

".

Начальник управления

организации социальных выплат И.И. Целищева