2.8 Назначение пособия женщинам, ставшим на учет в государственных организациях здравоохранения до 12-недельного срока беременности

В комиссию по назначению пособий

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

(наименование организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

проживающей по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт (удостоверение)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, номер)

выдан "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ЗАЯВЛЕНИЕ*

О назначении государственных пособий семьям, воспитывающим детей, и (или) надбавок к ним

Прошу назначить пособие  *как женщине, ставшей на учет в государственную организацию здравоохранения до 12-недельного срока беременности*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю документы в количестве \_\_\_\_\_\_ штук.

Также сообщаю , что совместно проживаю и веду общее хозяйство (для женщин, проживающих и ведущих общее хозяйство с лицом , не состоящим с ней в зарегистрированном браке) с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя отчество)

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить любые сведения об изменениях в составе семьи и занятости ее членов, оформлении ребенка в учреждение, обеспечивающее получение дошкольного образования, дом ребенка, дом интернат или учреждение образования с круглосуточным режимом пребывания и других обстоятельствах , влекущих прекращение выплаты пособия или надбавок к нему. Об ответственности за представление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов предупреждена.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Документы приняты №\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

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

(Фамилия, имя, отчество специалиста подпись)