Приложение

к Порядку обеспечения полноценным

питанием беременных женщин, кормящих

матерей, а также детей в возрасте до трех

лет путем предоставления денежной

выплаты органами местного самоуправления

муниципальных образований Московской области

ФОРМА

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  на предоставление ежемесячной денежной выплаты на питание | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прошу рассмотреть вопрос о предоставлении ежемесячной денежной выплаты на питание | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , | | |
| (фамилия, имя, отчество получателя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| дата рождения | | | | " |  | " |  | | | | |  | |  | | | | г., родителем (законным | | | | | | | | | |
| представителем) которого я являюсь: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (вид, номер, дата и место выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | |  | | | | | | | | : серия | | | |  | | | | | | |
|  | | | N |  | | выдан | | | " | |  | | " |  | |  |  | | г. |  | | | | | | | , |
|  | | |  |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | (Наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | |  |
| проживающий(ая) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | . | |
|  | | | | (по постоянной регистрации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Выбрать категорию: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Беременная женщина, срок беременности \_\_\_\_\_\_\_ недель. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Кормящая мать до 6 месяцев | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Ребенок, возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев/\_\_\_\_ лет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата и время регистрации заявления | | | | | | | | | " |  | | " | |  | 20 | |  | | года | | |  | : |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| (ФИО Заявителя) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | (подпись) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я предупрежден(на), что при отсутствии посещения медицинской организации в установленные врачом сроки данная информация будет направлена в муниципальное образование Московской области для приостановки ежемесячной денежной выплаты на питание беременной женщине, кормящей матери и законному представителю ребенка в возрасте до трех лет, которая может быть возобновлена при условии предъявления документов, подтверждающих уважительную причину отсутствия посещения медицинской организации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |