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. |