

Руководителю государственного казенного учреждения
Архангельской области

от _____
(фамилия, имя, отчество)

статус лица: мать, отец (нужное подчеркнуть)

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области: _____

почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе от получения мер социальной поддержки многодетным семьям

Прошу прекратить выплату мер социальной поддержки многодетным семьям, которые предоставляются мне в соответствии с **областным законом** от 05 декабря 2016 года N 496-30-03 "О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области" (далее - **областной закон**)**нужное подчеркнуть**:

1) ежемесячную денежную выплату на приобретение твердого топлива семьям, проживающим в домах, имеющих печное отопление;

2) компенсацию части платы, взимаемой с родителей (усыновителей) за содержание ребенка (присмотр и уход за ребенком) в государственных и муниципальных образовательных организациях на ребенка (детей) _____;

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

3) ежемесячную денежную выплату на проезд для обучающихся в общеобразовательных организациях или в профессиональных образовательных организациях либо образовательных организациях высшего образования на ребенка (детей)

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

4) ежемесячную денежную выплату на питание ребенка (детей), обучающегося в общеобразовательной организации или профессиональных образовательных организациях либо образовательных организациях высшего образования

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

5) ежегодную денежную выплату на приобретение одежды для ребенка (детей), обучающегося в общеобразовательной организации или профессиональных образовательных организациях либо образовательных организациях высшего образования

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

6) ежемесячную денежную выплату при рождении третьего ребенка или последующих детей

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе прекращения мне указанных денежных выплат в соответствии с **областным законом** прошу направлять:

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

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

иными способами _____ ;

"__" _____ 20__ г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный N _____ "___" _____ 20__ г.

РАСПИСКА - УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный N _____ "___" _____ 20__ г.