Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области "Архангельский областной центр социальной защиты населения"
от _____
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
_____
_____
_____
адрес места жительства:
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
документ, удостоверяющий личность:
_____
_____
_____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)
номер контактного телефона
_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
являюсь неработающим родителем (усыновителем, опекуном, попечителем), воспитывающим ребенка-инвалида, которому осуществляется выплата ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом _____
_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка-инвалида)
прошу прекратить выплату ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом, предусмотренную статьей 25.4 областного закона от 5 декабря 2016 года N 496-30-ОЗ "О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области".

"__" _____ г. _____ _____
(число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области
Заявление принял специалист _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)
Регистрационный N _____ "__" _____ 20__ г.

(линия отреза)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

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