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 продлении выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом

Прошу продлить выплату ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом, предусмотренного статьей 25.4 областного закона от 5 декабря 2016 года N 496-30-ОЗ "О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области" (далее - областной закон).

Заявляю, что моя семья состоит из ___ человек, доходы моей семьи за период с "___" _____ ____ г. по "___" _____ ____ г. составляют:

Вид полученного дохода	Сумма дохода за три календарных месяца, предшествовавших обращению (руб., коп.)	Место получения дохода
1.		
2.		
3.		

Выплату прошу перечислять _____

_____
(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

При принятии решения о ходе рассмотрения вопроса о продлении выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом в соответствии с областным законом прошу направлять мне уведомления (извещения):

1) о продлении выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом, предусмотренного областным законом:

через мобильное приложение "Соцзащита";

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

иными способами _____;

2) о прекращении выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом, предусмотренного областным законом - в письменной форме.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.
(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем заявлении и содержащихся в представленных мною документах, подтверждаю.

Заполняется в случае подачи заявления представителем

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)

адрес места жительства: _____

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

документ, удостоверяющий личность _____
(наименование)

_____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

Заполняется ответственным специалистом государственного казенного учреждения Архангельской области социальной защиты населения

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

"___" _____ 20___ г., регистрационный N _____

(линия отреза)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается гражданину)

Заявление гр. _____

принял специалист _____

Регистрационный N _____ "___" _____ 20____ г.