Приложение № 2

Начальнику Управления социальной политики

Администрации города Норильска

С.В.Бабуриной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя, адрес проживания)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении денежной компенсации расходов

на оплату проезда в пределах Российской Федерации

к месту проведения медицинского обследования,

медико-социальной экспертизы, реабилитации

и обратно (далее - денежная компенсация)

Денежную компенсацию прошу:

1. Перечислить на счет (счет по вкладу/счет банковской карты)

┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐

N │ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ ││ │-│ ││ │,

└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘

открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

2. Выплатить через отделение федеральной почтовой связи N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Уведомление о принятом решении прошу направить (нужное отметить):

Уведомление о принятом решении прошу направить (нужное отметить):

┌─┐

│ │ по электронной почте;

└─┘

┌─┐

│ │ на бумажном носителе.

└─┘

К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование документа | Количество (шт.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Итого приложения на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах.

Достоверность и полноту сведений, представленных мною в орган

социальной защиты населения, необходимых для принятия решения о

предоставлении государственной услуги, подтверждаю.

С проверкой орган социальной защиты населения подлинности

представленных мною документов, полноты и достоверности содержащихся в них

сведений согласен (на).

Обязуюсь сообщать органу социальной защиты населения об

обстоятельствах, влекущих прекращение предоставления ежемесячной денежной

выплаты, в течение 10 дней с момента их возникновения.

Предупрежден (а), что денежные средства, излишне выплаченные мне

вследствие представления документов с заведомо неполными и (или)

недостоверными сведениями, сокрытия данных или несвоевременного уведомления

об обстоятельствах, влекущих утрату права на получение государственной

услуги, подлежат возмещению добровольно или в судебном порядке в

соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ф.И.О. заявителя подпись дата

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

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял:

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_