|  |
| --- |
| **МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ****НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ****ПРИКАЗ** |
|  |  | № |  |
| г. Новосибирск |

Об утверждении формы заявления о предоставлении государственной услуги «Выдача удостоверения члена семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении государственной услуги «Выдача удостоверения члена семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий».

2. Управлению организации социальных выплат министерства труда и социального развития Новосибирской области (Мальцева Т.А.) обеспечить использование формы заявления при предоставлении государственной услуги «Выдача удостоверения члена семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий» центрами социальной поддержки населения, подведомственными министерству труда и социального развития Новосибирской области (клиентскими службами).

Министр Е.В. Бахарева

СОГЛАСОВАНО:

Начальник управления организации

социальных выплат Т.А. Мальцева

Начальник правового управления Е.В. Нарубина

Начальник управления

организационно-кадровой работы Э.В. Юрищев

Начальник отдела контроля – канцелярии

управления организационно-кадровой работы Ю.В. Ивкина

1 экз. – в дело;

1 экз. – в управление организации социальных выплат;

1 экз. – в правовое управление.

Л.И. Афанасьева НПА

238 78 82

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда и социального развития Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФОРМА

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование центра социальной поддержки населения (клиентской службы) и место нахождения)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги «Выдача удостоверения члена семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства)

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

(адрес места пребывания)

контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность  |  | Дата выдачи  |  |
| Номер документа  |  | Дата рождения  |  |
| Кем выдан  |  | Место рождения  |  |

Прошу выдать удостоверение члена семьи погибшего (умершего) инвалида войны, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий (нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(дата) (подпись заявителя)

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста |