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

О внесении изменений в приказ министерства труда и социального развития Новосибирской области от 26.10.2023 № 1900-НПА

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

Внести в приказ министерства труда и социального развития Новосибирской области от 26.10.2023 № 1900-НПА «Об утверждении формы заявления о назначении и выплате ежемесячных денежных пособий членам семей погибших участников боевых действий» следующие изменения:

1. Пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Начальнику управления организации социальных выплат Радичу Д.С. обеспечить использование формы заявления, утвержденной настоящим приказом, при предоставлении государственной услуги «Назначение и выплата ежемесячных денежных пособий детям и каждому из родителей погибших участников боевых действий» центрами социальной поддержки населения, подведомственными министерству труда и социального развития Новосибирской области (клиентскими службами)».

2. Форму заявления о назначении и выплате ежемесячных денежных пособий членам семей погибших участников боевых действий изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

Министр Е.В. Бахарева

Приложение

к приказу

министерства труда и

социального развития

Новосибирской области

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

«Утверждена

приказом министерства труда и социального развития

Новосибирской области

от 26.10.2023 № 1900-НПА

ФОРМА

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

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

*(наименование центра социальной поддержки населения (клиентской службы))*

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении и выплате ежемесячных денежных пособий членам семей погибших

участников боевых действий

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

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

1. Адрес места жительства, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

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

(указывается адрес места жительства гражданина с указанием номера почтового отделения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указывается страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС))

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

2. Прошу назначить мне ежемесячное денежное пособие, как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать степень родства)

погибшего (пропавшего без вести) участника боевых действий (отметить нужное).

3. Прошу доставлять пособие одним из указанных способов(отметить нужное):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование банка, № карты платежной системы «МИР»)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование банка, № лицевого счета и реквизиты кредитной организации   
иной платежной системы)

 доставлять по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(адрес, организация почтовой связи)

Ранее пособие назначалось, не назначалось (отметить нужное).

Обязуюсь информировать центр социальной поддержки населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о наступлении обстоятельств для прекращения выплаты пособия не позднее чем в 10-дневный срок.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

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

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

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

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (дата) (подпись заявителя)

Результат рассмотрения заявления прошу направить (отметить нужное):

|  |  |
| --- | --- |
|  | В бумажном виде в многофункциональный центр по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | В бумажном виде в центр социальной поддержки (клиентскую службу) |
|  | В электронном виде в личном кабинет федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг» |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста | Расшифровка подписи специалиста  (фамилия, инициалы) |
|  |  |

».