|  |
| --- |
| В ***Островецкий районный исполнительный комитет*** (наименование местного исполнительного и распорядительного органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от ***Ивановой Светланы Васильевны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданиназарегистрированной(ого) по месту жительства:***г.Островец******ул.Советская,д.48,кв.6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******тел.5-20-22\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(e-mail,телефон)данные паспорта гражданина Республики Беларусь:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***НВ 0504823 12.04.2001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(серия, номер, дата выдачи,***Островецким РОВД Гродненской области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***наименование государственного органа, его выдавшего,***4121185Н052РВ9\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(идентификационный номер) |

 **АП**

**№ 2.48.**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о досрочном распоряжении средствами семейного капитала

Прошу предоставить мне право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

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

 члена семьи, которому назначен семейный капитал)

(решение о назначении семейного капитала от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_),

для получения членом (членами) семьи платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

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

дата рождения, идентификационный номер члена (членов) семьи, нуждающегося (нуждающихся)

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

в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения)

 К заявлению прилагаю следующие документы:

1. ***паспорта (копии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***
2. ***свидетельство о рождении (копии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***
3. ***свидетельство о браке (копия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Об ответственности за предоставление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредоставление документов и (или) сведений, влияющих на назначение семейного капитала, предупреждена(ен).

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить меня по адресу:***г.Островец,ул.Советская,д.48,кв.6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

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

(нужное указать)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « | ***15*** | » |  ***февраля*** | 20***19*** г.  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***С.В. Иванова*** |
|  (число, месяц, год) | (личная подпись) | (инициалы, фамилия) |

Документы приняты

 \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

 (инициалы фамилия специалиста, принявшего документы) (подпись)