***Перечень документов, необходимый для назначения денежной компенсации на обеспечение полноценным питанием кормящих матерей***

**1**. Свидетельства о рождении всех детей (подлинники и копии)

**2.** свидетельство о регистрации по месту жительства (пребывания) всех детей (оригиналы+копии) или справка о составе семьи (***по инициативе заявителя)***.

**3.** справки о доходах родителей (стипендия, денежное довольствие, алименты и др.) - **за 12 календарных месяцев. Отсчет двенадцатимесячного периода начинается за 1 месяца до даты подачи заявления о назначении ежемесячной выплаты.** Справки заверяются руководителем и гл. бухгалтером, с угловым штампом и круглой печатью и указанием основания выдачи (лицевые счета и т.д.). Для индивидуальных предпринимателей предоставляется свидетельство ИП, налоговые декларации, бланки строгой отчетности, книги доходов и расходов, движение по счетам и т.д. ***(по инициативе заявителя)* !Обязательное предоставление доходов -** для студентов (стипендия); работников силовых структур (денежное довольствие УФСИН, ФСБ, ОВД РФ и т.д.); пенсионеров воен. службы (пенсия); алиментов на ребенка.

**4.** свидетельство о регистрации брака / расторжении брака / установлении отцовства, справка о заключении брака, свидетельство о перемене имени, свидетельство о смерти (***по инициативе заявителя***).

**5.** **Медицинское заключение о необходимости получения полноценного питания кормящим матерям**, вынесенное по медицинским показаниям ВК учреждений здравоохранения, осуществляющими диспансерное и амбулаторное наблюдение перечисленных категорий, утвержденное приказом департамента здравоохранения Воронежской области от 09.02.2016 г. № 200 (первично выдается сроком на 2 месяца)

**6.** Паспорта родителей (подлинники и копии, ФИО и все прописки)

**7.** Реквизиты счета

**Приемные дни:** понедельник – четверг: 9.00-18.00, пятница: 9.00.-16.45 перерыв: 13.00 до 13.45.

**Телефон:** 223-79-49; 223-02-25**.**

**Наш адрес:** г. Воронеж, Ленинский проспект, д. 167, кабинет № 1

**ПРОЖИТОЧНЫЙ МИНИМУМ 13444 руб. на человека.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | И.о.директора казенного учреждения Воронежской области |
|  |  | «Управление социальной защиты населения Железнодорожного |
|  |  | района г. Воронежа  (городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского  городского округа, района г.Воронежа и Воронежской области) |
|  |  | Шабановой Любови Васильевне |

(Ф.И.О. директора)

**Заявление о назначении денежной компенсации на приобретение продуктов полноценного питания беременным женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет в Воронежской области**

От «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты ----\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | Паспорт | Дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Код подразделения |  |
| Кем выдан |  | | |

Регистрация по месту жительства (месту пребывания) заявителя на территории Воронежской области:

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

|  |  |
| --- | --- |
| Данные законного представителя или уполномоченного представителя | Ф.И.О. |
| Адрес регистрации по месту жительства: |
| Адрес пребывания по месту пребывания: |
| Телефон  (служебный/домашний/мобильный) |
| Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя или уполномоченного представителя:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Дополнительные сведения о заявителе (нужное подчеркнуть)**

Отметьте одно или несколько из следующих утверждений, если они являются верными в расчетном периоде

**Проходил(а) военную службу или проходит ее сейчас**

Сведения о прохождении военной службы указываются в том числе при исполнении обязанностей в момент подачи заявления,включая период не более 3 месяцев со дня демобилизации

**Обучался(лась) по очной форме обучения и не получал(а) стипендию**

При получении образования до достижения 23-летнего возраста

**Ухаживал(а) за ребенком-инвалидом до 18 лет, инвалидом с детства 1 группы или за нетрудоспособными лицами**

Уход за нетрудоспособными лицами подтверждается получением ежемесячной выплаты, установленной правительством РФ

**Был(а) лишен(а) свободы или отбывает наказание**

Включая период не более 3 месяцев со дня освобождения

**Находится на полном государственном обеспечении**

**Находится на принудительном лечении**

**У заявителя есть доходы?(нужное подчеркнуть)**

(сообщать об основных доходах (заработной плате, доходов от предпринимательской деятельности, пенсии, пособий, денежном довольствии военнослужащих) не нужно – сведения будут запрошены КУВО «УСЗН» района самостоятельно.Укажите наличие иных доходов заявителя, например, стипендия, алименты, доходы волонтеров, доноров и др.)

**Иные доходы не имеются**

**Иные доходы имеются:**

|  |
| --- |
| Вид дохода: |
| Сумма дохода: |

**Заявитель являлся сотрудником силовых или военных структур? (нужное подчеркнуть)**

Укажите в случае, если в расчетном периоде заявитель являлся сотрудником Минобороны России (включая службу в Вооруженных Силах Российской Федерации, Главном управлении Генерального штаба Вооруженных Сил Российской Федерации, Росгвардии, Федеральной службе судебных приставов, Федеральной таможенной службе, Главном управлении специальных программ Президента Российской Федерации)

**Являлся**

**Не являлся**

Сведения о ребенке (детях):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  | Дата рождения |  |
| Имя |  | Пол |  |
| Отчество |  | Страховой номер индивидуального лицевого счета |  |
| Рождение зарегистрировано | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Реквизиты актовой записи о рождении ребенка (заполняется в случае рождения ребенка на территории Российской Федерации)** | | | |
| Номер актовой записи о рождении ребенка |  | Дата |  |
| Место государственной регистрации |  | | |

|  |
| --- |
| Ребенок, на которого будет оформлена выплата |

**Имеются ли у вашего ребенка доходы, учитываемые при расчете величины среднедушевого дохода семьи? (нужное подчеркнуть)**

**Иные доходы не имеются**

**Иные доходы имеются**

**Дополнительные сведения о родителях ребенка**

(Укажите жизненную ситуацию в отношении каждого несовершеннолетнего ребенка, входящего в состав семьи. Например: В семье двое несовершеннолетних детей, рожденных от одних родителей, состоящих в браке. Выбираем жизненную ситуацию на каждого из двоих – В браке)

**В браке**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сведения о супруге | | | | |
| Фамилия | |  | | |
| Имя | |  | | |
| Отчество | |  | | |
| Дата рождения | |  | | |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета | |  | | |
| Документ, удостоверяющий личность | |  | | |
| Серия |  | | Номер |  |
| Код подразделения |  | | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | | |

Регистрация брака осуществлена

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Реквизиты актовой записи о заключении брака** (заполняется при регистрации брака на территории Российской Федерации) | | | |
| Номер актовой записи |  | Дата |  |
| Место государственной регистрации |  | | |

**В разводе**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Реквизиты актовой записи о расторжении брака** (заполняется при расторжении брака на территории Российской Федерации) | | | |
| Номер актовой записи |  | Дата |  |
| Место государственной регистрации |  | | |

**В браке никогда не состояли**

**Вдова(ец)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Реквизиты актовой записи о смерти** | | | |
| Номер актовой записи |  | Дата |  |
| Место государственной регистрации |  | | |

**У супруга(и) заявителя есть доходы**? (нужное подчеркнуть)

(Сообщать об основных доходах (заработной плате, доходов от предпринимательской деятельности, пенсии, пособий, денежном довольствии военнослужащих) не нужно – сведения будут запрошены КУВО «УСЗН» района самостоятельно.Укажите наличие иных доходов заявителя, например, стипендия, алименты, доходы волонтеров, доноров и др.)

**Иные доходы не имеются**

**Иные доходы имеются**

**Супруг(а) являлся(лась) сотрудником силовых или военных структур? (нужное подчеркнуть)**

**Являлся(лась)**

**Не являлся(лась)**

Уведомление о принятом решении прошу направить по почте\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пособие прошу направить

Через отделение банка:

|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты | |
| БИК или наименование банка |  |
| Корреспондентский счет |  |
| Номер счета заявителя |  |

Через почтовое отделение:

|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты | |
| Адрес получателя |  |
| Номер почтового отделения |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документа | Кол-во представленных экземпляров | Кол-во листов |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

Обязуюсь сообщить в КУВО «УСЗН района» о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты денежной компенсации в течении 14 рабочих дней со дня наступления этих обстоятельств за исключением обстоятельств, предусмотренных абзацами шестым, седьмым пункта 3.8 Порядка назначения и выплаты денежной компенсации на приобретение продуктов полноценного питания беременных женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет в Воронежской области, утвержденного приказом департамента социальной защиты Воронежской области от 07.04.2021 № 14/н.

Дата Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, предоставленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства | Должность, Ф.И.О. (полностью и подпись) Специалиста, принявшего заявление и документы |
| Инспектор: |

Заявление зарегистрировано в специальном журнале регистрации заявлений и решений «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_года.

Регистрационный номер заявления №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_