|  |
| --- |
| В территориальное управлениесоциальной защиты населенияпо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ****о назначении регионального материнского (семейного) капитала** |
| **Сведения о заявителе** |
| Категория заявителя |  | Мать/ отец (усыновитель) |
| (выбрать, поставив галочку) |  | Законный представитель ребенка |
|  |
| Фамилия  |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Гражданство |  |
| Адрес места постоянного проживанияв Ивановской области |  |
|  |  |
| Адрес места пребывания в Ивановской области |  |
| Телефон |  |
| СНИЛС |  |
| **Данные о документе, удостоверяющем личность заявителя** |
| Наименование документа |  |
| Серия и номер |  |
| Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
|  |
| **Сведения о ребенке (детях), в связи с рождением (усыновлением) которого (которых) возникло право на региональный материнский (семейный) капитал** |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения ребенка |  |
| Гражданство |  |
| СНИЛС |  |
| **Реквизиты актовой записи о рождении** |
| Номер актовой записи |  |
| Дата выдачи |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
|  |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения ребенка |  |
| СНИЛС |  |
| **Реквизиты актовой записи о рождении** |
| Номер актовой записи |  |
| Дата выдачи |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
|  |
|  |
| **Реквизиты актовой записи о заключении/ расторжении брака (нужное подчеркнуть)**  |
| Номер |  |
| Дата |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Реквизиты актовой записи о смерти (при наличии)** |
| Фамилия, имя, отчество умершего |  |
|  |  |
| Номер актовой записи |  |
| Дата выдачи |  |
| Орган, составивший актовую запись |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Сведения о банковских реквизитах/почтовом адресе для перечисления денежных средств** |
| Наименование банка |  |
| БИК кредитной организации |  |
| Номер расчетного счета заявителя |  |
| Номер почтового отделения (при желании получить региональный материнский (семейный) капитал через почту) |  |

**Уведомлен,** что за сообщение умышленно ложных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Со статьей 159.2 "Мошенничество при получении выплат" Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен(а).

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

Дата подачи заявления

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заявителя) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заявителя) |

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

(подпись специалиста, принявшего заявление) (подпись специалиста, принявшего заявление)