|  |
| --- |
| В ***Островецкий районный исполнительный комитет***  (наименование местного исполнительного и распорядительного органа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от ***Ивановой Светланы Васильевны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина  зарегистрированной(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)