N запроса В государственное бюджетное учреждение

Республики Коми - "Центр по предоставлению

государственных услуг в сфере социальной

│ защиты населенияПрилузского района»

Данные заявителя (физического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

Документ, удостоверяющий личность заявителя

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид |  | | | |
| Серия |  | Номер |  | |
| Выдан |  | | Дата выдачи |  |

Адрес регистрации заявителя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Корпус |  | Квартира |  |

Адрес места жительства заявителя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Корпус |  | Квартира |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные данные |  |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выплате социального пособия на погребение

в соответствии со статьей 10 Федерального закона "О погребении и похоронном деле"

Прошу мне как лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего(ей):

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

(фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения умершего(ей) который(ая):

┌─┐ │ │ не подлежал(а) обязательному социальному страхованию на случай

└─┘ временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день

смерти и не являлся(лась) пенсионером;

┌─┐ │ │ являлся(лась) мертворожденным ребенком по истечении 154 дней

└─┘ беременности

и на день смерти проживал(а) по адресу:

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

(в случае рождения мертвого ребенка по истечении 154 дней беременности указать адрес родителей)

выплатить социальное пособие на погребение в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Я предупрежден(а), что средства государственной услуги, предоставленные неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на назначение и выплату государственной услуги или на исчисление ее размера, взыскиваются в установленном законодательством порядке.

Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

|  |  |
| --- | --- |
| Способ получения уведомления о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной услуги (нужное подчеркнуть) | а) при личном обращении в ГБУ РК "Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения" или МФЦ;  б) почтовым отправлением;  в) по адресу электронной почты;  г) через личный кабинет на портале государственных и муниципальных услуг (функций) Республики Коми |
| Выплату прошу произвести через | организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ филиала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расчетный (лицевой) счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| кассу ГБУ РК "Центр по предоставлению  государственных услуг в сфере  социальной защиты населения"  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование города, района) |

Представлены следующие документы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Место получения результата предоставления услуги

|  |  |
| --- | --- |
| Место получения результата предоставления услуги |  |
| Способ получения результата |  |

Данные представителя (уполномоченного лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

Документ, удостоверяющий личность представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид |  | | | |
| Серия |  | Номер |  | |
| Выдан |  | | Дата выдачи |  |

Адрес регистрации представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Корпус |  | Квартира |  |

Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Корпус |  | Квартира |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные данные |  |
|  |

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

Дата Подпись/ФИО

Заявление зарегистрировано \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись/ФИО

------------------------------------------------------------------

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(заполняется специалистом центра по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на предоставление государственной услуги по выплате социального пособия на

погребение принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись/ФИО

Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Срок принятия решения |  |
| Контактный телефон ГБУ РК "Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения" |  |
| Режим работы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный N | Дата приема документа | Подпись (фамилия, инициалы) |
|  |  |  |