В областное государственное казенное учреждение

«Управление социальной защиты населения по

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(наименование)

от гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(день, месяц и год рождения полностью)

зарегистрирован(а) по адресу: название населенного пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вид регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Данные паспорта либо иного документа, удостоверяющего личность законного представителя ребенка (детей): вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с Законом Иркутской области от 23 октября 2006 года
№ 63-оз «О социальной поддержке в Иркутской области семей, имеющих детей» прошу включить в регистр детей на предоставление меры социальной поддержки по бесплатному обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецептам на лекарственные препараты, при амбулаторном лечении ребенка (детей):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Число, месяц, год рождения ребенка | Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка (СНИЛС) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предупрежден(а) об ответственности за представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на назначение меры социальной поддержки для семей, имеющих детей.

Обязуюсь в течение в течение 2 календарных дней со дня наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления бесплатного обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецептам на лекарственные препараты, при амбулаторном лечении для детей первых трех лет жизни, предусмотренных Положением о порядке и условиях предоставления в иркутской области мер социальной поддержки по бесплатному обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецептам на лекарственные препараты, при амбулаторном лечении для детей первых трех лет жизни из малоимущих семей и семей одиноких родителей и для детей в возрасте до шести лет из многодетных семей, и возмещения расходов в связи с их предоставлением, утвержденным постановлением Правительства Иркутской области от 12 февраля 2009 года № 28-пп, сообщать о их наступлении в учреждение.

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных, указанных в заявлении, для проверки достоверности представленной мной информации.

Приложение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документов.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

Расписка-уведомление

Документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись лица, принявшего документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.