

Директору государственного казенного учреждения социальной защиты населения по городу (району)

\_\_\_\_\_ (городу, району)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_

Выдан: дата \_\_\_\_\_

кем \_\_\_\_\_

Адрес

регистрации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о выплате социального пособия на погребение

Прошу выплатить социальное пособие на погребение

Нужное подчеркнуть	умершего гражданина	(указать ФИО, дату рождения, место проживания умершего)
	мертворожденного ребенка	

На день смерти умерший \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать ФИО)

не подлежал обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и не являлся пенсионером.

К заявлению прилагаются:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление заведомо недостоверных сведений, влияющих на право получения пособия. В случае выявления таковых обязуюсь возратить неправомерно полученное пособие на счет департамента социальной защиты населения администрации области с учетом расходов по доставке.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста

-----  
(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста