

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