В областное государственное учреждение

Управление социальной защиты населения по Нижнеудинскому району

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

(наименование)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

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

(полностью день, месяц и год рождения)

зарегистрирован (а) по адресу: г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

В соответствии с Порядком о бесплатном обеспечении лекарственными

препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецептам на

лекарственные препараты, при амбулаторном лечении для детей в возрасте

до четырех лет из малоимущих семей, проживающих на территории Иркутской

области, прошу для оформления медицинской организацией рецепта (-ов)

включить в Регистр детей из малоимущих семей ребенка (детей):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Число, месяц, год рождения ребенка |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

Семья не имеет доходов (отметить при подтверждении данного факта) с

указанием причин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сведения о доходах семьи за 6 (шесть) последних календарных месяцев

(заполняется при наличии доходов):

1. Заработная плата всех членов семьи по основному месту работы и

по совместительству:

а) матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

б) отца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

в) усыновителя (его супруга) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

г) опекуна (попечителя) (его супруга) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

2. Алименты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

3. Пенсия (ребенка (детей), матери, отца, усыновителя, опекуна

(попечителя)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

4. Стипендия (ребенка (детей), матери, отца, усыновителя, опекуна

(попечителя)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

5. Пособие по безработице (матери, отца, усыновителя, опекуна

(попечителя)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

6. Денежные средства на содержание ребенка (опекуна (попечителя))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

7. Доходы от ведения личного подсобного хозяйства (приусадебный участок

(сотки), овощеводство, птица, крупнорогатый скот) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

8. Доходы от занятия предпринимательской деятельностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

9. Доходы от вкладов, акций, сдачи в аренду и др. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

10. Иные доходы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Все имеющиеся виды доходов семьи в заявлении отражены полностью,

других доходов семья не имеет.

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

(подпись) (расшифровка подписи)

Сведения о членах семьи заявителя, проживающих (пребывающих)

совместно с заявителем:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | ФИО | Степень родства |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

предупрежден(-а) об ответственности за представление ложной

информации, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных,

влияющих на принятие решения о бесплатном обеспечении лекарственными

препаратами для медицинского применения.

Обязуюсь сообщить обо всех изменениях в семье (передача детей

(ребенка) на полное государственное обеспечение; получение опекуном

(попечителем) в установленном законодательством порядке денежных средств

на содержание детей; лишение родительских прав; отмена усыновления

(удочерения); освобождение и отстранение опекуна (попечителя) от

исполнения своих обязанностей; прекращение опеки (попечительства);

изменение дохода семьи и др.) в течение 2 календарных дней со дня

наступления указанных обстоятельств, влияющих на предоставление

бесплатного обеспечения лекарственными препаратами для медицинского

применения.

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных, указанных

в заявлении, для проверки достоверности представленной мной информации.

Приложение: на \_\_\_\_\_ л.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

(подпись законного представителя) (расшифровка подписи)".