

**Директору государственного казенного учреждения
Владимирской области «Отдел социальной защиты
населения по Селивановскому району» Е.В. Аликебедовой**

от гр. _____

(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: дата _____ кем _____

Адрес регистрации: _____

телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е
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. справка о смерти _____

2. согласие на обработку персональных данных _____

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