Приложение 1

к Порядку и условиям

назначения и выплаты

ежемесячной компенсационной

выплаты одиноким неработающим

трудоспособным родителям

(опекунам), осуществляющим уход

за детьми-инвалидами

в возрасте до 18 лет

(в ред. Постановлений Правительства РК от 29.07.2015 N 342,

от 21.02.2017 N 129, от 15.11.2018 N 495, от 05.02.2019 N 50)

(форма)

┌──────────┬────────────┐ ┌──────────────────────────────────────────┐

│N запроса │ │ │ │

└──────────┴────────────┘ └──────────────────────────────────────────┘

 (организация, обрабатывающая запрос

 на предоставление услуги)

 Данные заявителя (физического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

 Документ, удостоверяющий личность заявителя

|  |  |
| --- | --- |
| Вид |  |
| Серия |  | Номер |  |
| Выдан |  | Дата выдачи |  |

 Адрес регистрации заявителя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

 Адрес места жительства заявителя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные данные |  |
|  |

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу предоставить государственную услугу: назначение и выплата

ежемесячной компенсационной выплаты одинокому неработающему трудоспособному

родителю (опекуну), осуществляющему уход за ребенком-инвалидом

(детьми-инвалидами) в возрасте до 18 лет (указать Ф.И.О. детей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Я предупрежден(а), что выплата, предоставленная неправомерно

вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями,

сокрытия данных, влияющих на ее назначение или на исчисление ее размера,

взыскивается в установленном законодательством порядке.

 Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Обязуюсь уведомить центр

об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты ежемесячной

компенсационной выплаты, в течение 5 рабочих дней со дня их наступления.

 Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

|  |  |
| --- | --- |
| Способ уведомления о принятом решении (нужное подчеркнуть) | а) при личном обращении в ГБУ РК "Центр попредоставлению государственных услуг в сфересоциальной защиты населения" или вмногофункциональный центр предоставлениягосударственных и муниципальных услуг;б) почтовым отправлением;в) по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (указать электронный адрес) |
| Выплату прошу произвести через | 1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2) кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ филиала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расчетный (лицевой) счет |
| 3) через кассу центра по предоставлению государственных услуг (в случае представления документов в декабре 2019 года) |

 Представлены следующие документы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Место получения результата предоставления услуги |  |
| Способ получения результата |  |

 Данные представителя (уполномоченного лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

 Документ, удостоверяющий личность представителя

 (уполномоченного лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Вид |  |
| Серия |  | Номер |  |
| Выдан |  | Дата выдачи |  |

 Адрес регистрации представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

 Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |
| Контактные данные |  |
|  |

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

 Дата Подпись/ФИО

------------------------------------------------------------------

 РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

 Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на предоставление государственной услуги:

 назначение и выплата ежемесячной компенсационной выплаты одиноким

неработающим трудоспособным родителям (опекунам), осуществляющим уход за

детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет

принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи специалиста)

 Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Получатель ежемесячной компенсационной выплаты обязан уведомить центр

в течение 5 рабочих дней со дня наступления обстоятельств, влекущих

прекращение выплаты ежемесячной компенсационной выплаты, в том числе

следующих:

 1) утрата права на ежемесячную компенсационную выплату (назначение

пособия по безработице; поступление на работу по трудовым договорам и (или)

осуществление работы по договорам гражданско-правового характера, предметом

которых является выполнение работ и (или) оказание услуг на возмездной

основе, осуществление предпринимательской деятельности; вступление в брак);

 2) ограничение родителя в родительских правах или лишение его

родительских прав;

 3) освобождение либо отстранение опекуна от исполнения своих

обязанностей;

 4) устройство ребенка в государственное стационарное учреждение

социального обслуживания, специализированное учреждение для

несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, специальную

(коррекционную) образовательную организацию.

|  |  |
| --- | --- |
| Срок принятия решения |  |
| Контактный телефон ГБУ РК "Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" |  |
| Режим работы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный N | Дата приема документа | Подпись (фамилия, инициалы) |
|  |  |  |