Приложение 2

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

(форма)

 Государственное учреждение Республики Коми - центр

 по предоставлению государственных услуг в сфере социальной

 защиты населения

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

 (название города, района)

 СПРАВКА

 о выплате (невыплате) ежемесячной компенсационной

 выплаты одиноким неработающим трудоспособным родителям

 (опекунам), осуществляющим уход за детьми-инвалидами

 в возрасте до 18 лет, в соответствии с Законом Республики

 Коми "О социальной поддержке населения в Республике Коми"

 от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дана гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

 Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного

пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

 Дана представителю гражданина

 Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

 (полный адрес места жительства/места пребывания

 (нужное подчеркнуть), телефон)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина |  | Дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина |  |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |  |

в том, что ему (ей) предоставлялась, не предоставлялась (нужное

подчеркнуть) ежемесячная компенсационная выплата как одинокому

неработающему трудоспособному родителю (опекуну), осуществляющему уход за

ребенком-инвалидом (детьми-инвалидами) в возрасте до 18 лет.

 (Заполняется в случае, если ежемесячная компенсационная выплата

предоставлялась):

|  |  |
| --- | --- |
| Основание для выплаты |  |
| Дата назначения выплаты |  |
| Дата прекращения выплаты |  |
| Причина прекращения выплаты |  |

 Директор центра

 по предоставлению

 государственных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

 М.П.