В управление социальной защиты

 администрации Первомайского

 района г.Витебска

 от

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

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

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

 зарегистрированной(ого) по месту

 жительства:

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

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

 тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление

 Прошу оказать единовременную материальную помощь к учебному году, так как являюсь многодетной семьей, воспитывающей следующих детей:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество ребенка | Степень родства | Число, месяц, год рождения ребенка | Статус (учащийся школы,воспитанник д/с) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

и перечислить денежные средства на мой карт-счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

открытый в ОАО АСБ «Беларусбанк»

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) справку (и) об обучении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ шт.

2) справку (и) о составе семьи \_\_\_\_\_\_\_\_ шт.

3) копию удостоверения многодетной семьи.

4) копию договора на открытие карт-счета или выписку со счета.

Мне известно, что единовременная материальная помощь выплачивается семье только один раз по месту регистрации одного из родителей. В случае получения единовременной материальной помощи обоими родителями по месту своей регистрации обязуясь вернуть выплаченную мне сумму.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | (подпись) | (инициалы, фамилия гражданина) |

Документы приняты: ГУО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (подпись) | (инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |