

В КГКУ «Центр социальной поддержки населения  
по Бикинскому району»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))  
проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
(полный адрес места жительства)

Паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия и номер, кем выдан, дата выдачи)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

об оказании единовременной помощи гражданам, осуществляющим погребение малоимущих неработающих пенсионеров, инвалидов, не имеющих близких родственников, обязанных по закону осуществлять за ними уход, и малоимущим семьям с несовершеннолетними детьми, потерявшими кормильца

Прошу оказать единовременную помощь на погребение умершего

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. с указанием категории)

Сообщаю состав семьи (для малоимущих семей с несовершеннолетними детьми):

№	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) каждого члена семьи	Число, месяц, год рождения	Степень родства
1			
2			
3			
4			
5			

Предоставляю сведения о доходах членов семьи за последние 3 месяца перед обращением:

№	Вид полученного дохода	Сумма дохода (рублей)	Место получения дохода с указанием источника выплаты (почтовый адрес)
1			
2			
3			
4			
5			
	Итого		

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи выплаченные алименты в сумме: \_\_\_\_\_ рублей, удерживаемые по \_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, Ф. И. О. лица, в пользу которого производится удержание)

В случае возникновения изменений обязуюсь в течение двух недель сообщить о них.

Против проверки представленных мною сведений не возражаю.

Прошу перечислить денежные средства \_\_\_\_\_

(реквизиты банковского счета или номер почтового отделения)

Согласие на обработку своих персональных данных прилагаю.

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(подпись заявителя)

документы приняты « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись лица, принявшего заявление)

### РАСПИСКА – УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление на оказание единовременной помощи на погребение и документы

\_\_\_\_\_ принял  
(фамилия, имя, отчество)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)