Вх.№\_\_\_\_\_\_ В администрацию Соболевского от \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. муниципального района Камчатского края

(Начальнику отдела по социальным вопросам администрации Соболевского муниципального района)

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия)

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

 (Имя)

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

 (Отчество)

 дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Контактный телефон*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу оказать материальную помощь начастичную оплату (компенсацию) стоимости приобретенных мной лекарственных средств*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(указать, на что необходима материальная помощь и причину обращения)*

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

**К заявлению прилагаю:**

* Копия паспорта (иной документ удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_
* Копия поквартирной карточки \_\_\_\_\_\_\_
* Справка о составе семьи \_\_\_\_\_\_\_\_
* Сведения о доходах семьи за 3 месяца предшествующих месяцу обращения \_\_\_\_\_\_
* Пенсионное удостоверение \_\_\_\_\_\_\_
* Чеки и копии чеков на приобретенные лекарственных средств\_\_\_\_\_
* СНИЛС (страховое свидетельство) \_\_\_\_\_\_\_
* Справка об инвалидности МСЭ (для инвалидов) \_\_\_\_\_\_
* Реквизиты банковского счета или сберегательная книжка с номером \_\_\_\_\_\_\_
* Свидетельство о регистрации по месту жительства (место пребывания) в СМР\_\_\_\_
* Другие документы, подтверждающие изложенные в заявлении сведения, являющиеся для оказания материальной помощи \_\_\_\_\_

**Выражаю своё согласие на обработку и использование предоставленных мною персональных данных, а также на истребование в иных учреждениях, организациях сведений в целях предоставления мне государственных и муниципальных услуг по предоставлению мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством Российской Федерации**

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись