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 на зубопротезирование

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

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

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

**К заявлению прилагаю:**

* Копия паспорта гражданина РФ \_\_\_\_\_
* Трудовая книжка\_\_\_\_\_
* Наряд от стоматолога с указанием примерной суммы затрат за услуги зубопротезирование, либо квитанции об оплате, подтверждающая фактические расходы за услуги зубопротезирования\_\_\_\_
* Пенсионное удостоверение\_\_\_\_\_
* СНИЛС
* Свидетельство о регистрации по месту жительства в Соболевском муниципальном районе (копия поквартирной карточки)\_\_\_\_\_\_
* Документ подтверждающий полномочия представителя гражданина (для представителей гражданина)\_\_\_\_
* Сберегательная книжка с номером лицевого счета\_\_\_\_\_
* Перечислить помощь через отдел почтовой связи\_\_\_\_

**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