Форма заявления АП 2.33.2
Приложение 2
к постановлению Министерства труда
и социальной защиты Республики Беларусь
13.03.2012 № 38 (в редакции постановления
Министерства труда и социальной защиты
Республики Беларусь 01.08.2017 № 38)

Управление по труду, занятости и социальной защите Речицкого райисполкома

_____
(фамилия, собственное имя, отчество (если

_____
таковое имеется) гражданина, совершеннолетнего

_____
члена семьи, опекуна(попечителя), представителя)

_____
(регистрация по месту жительства (месту пребывания)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников(впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

1. Прошу предоставить государственную адресную социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

_____
(фамилия, имя, отчество (если таковое имеется) лица, имеющего право на получение социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей), являющегося ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее – ребенок-инвалид), инвалидом I группы (нужное подчеркнуть).

_____

_____

_____

(перечислить предметы гигиены (подгузники, (впитывающие трусики), впитывающие простыни (пеленки) урологические прокладки (вкладыши)

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида I группы:

наименование населенного пункта _____
улица _____
дом № _____
квартира № _____

3. Домашний телефон _____ мобильный телефон _____

Предупрежден(а):

о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

Прилагаю документы на _____ л.

_____ 20____ г. _____

(подпись заявителя)

Документы приняты ___20____ г.

_____

(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный

номер_____

Форма заявления АП 2.33.2
Приложение 2
к постановлению Министерства труда
и социальной защиты Республики Беларусь
13.03.2012 № 38 (в редакции постано
Министерства труда и социальной защиты
вленияРеспублики Беларусь 01.08.2017 № 38)

В учреждение «Речицкий территориальный центр социального обслуживания населения»

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ **Иванов**
(фамилия, собственное имя, отчество (если
Иван
таковое имеется) гражданина, совершеннолетнего
Иванович
члена семьи, опекуна(попечителя), представителя)

ПРОПИСКА

г. Речица, ул. Ленина, д.5, кв.1
(регистрация по месту жительства (месту пребывания)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников(впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

1. Прошу предоставить государственную адресную социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

ФИО ИНВАЛИДА

Петровой Глафире Васильевне
(фамилия, имя, отчество (если таковое имеется) лица, имеющего право на получение социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей), являющегося ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее – ребенок-инвалид), инвалидом I группы **(нужное подчеркнуть).**

ПОДГУЗНИКИ_____

ПЕЛЕНКИ_____

ПРОКЛАДКИ_____

(перечислить предметы гигиены (подгузники, (впитывающие трусики), впитывающие простыни (пеленки) урологические прокладки (вкладыши)

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида I группы:

ПРОПИСКА ИНВАЛИДА

наименование населенного пункта **г. Василевичи**_____

улица **Советская**_____

дом № **178**_____

квартира № 16_____

3. Домашний телефон **75 5 89** мобильный телефон **25 1684632**

Предупрежден(а):

о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

Прилагаю документы на _____ л.

ДАТА 20….. г. _____

(подпись заявителя)

Документы приняты _____20….. г.

_____

(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный номер_____