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)

 Форма

**ОБРАЗЕЦ 2.33.2**  Администрация Ленинского района г.Гродно

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова\_Ивана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(**фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ивановича \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гражданина, совершеннолетнего члена семьи, опекуна

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (попечителя), представителя) |
| \_\_\_\_г.Гродно , ул. Мостовая, д. 40, кв. 55\_\_\_\_\_ (регистрация по месту жительства, | м |
|  |  |

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

 (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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ивановой Марии Петровне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное 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, впитывающие трусики, впитывающие пеленки, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(перечислить предметы гигиены (подгузники (впитывающие трусики),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_урологические прокладки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

впитывающие простыни (пеленки), урологические прокладки (вкладыши)

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

 наименование населенного пункта \_\_\_г.Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_Горького\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дом № \_\_45\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 квартира № \_\_\_58\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Домашний телефон \_31 32 33\_\_ мобильный телефон \_8 029 111 22 33\_

**Предупрежден(а):**

о последствиях за сокрытие сведений (предоставление 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_15\_ \_\_октября\_\_\_ 20\_21\_ г. \_\_\_\_\_\_Иванов\_\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)  |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Документы приняты \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

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

 ( подпись специалиста, принявшего документы)

 Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_