|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.47.3 | **Администрация Ленинского района г. Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_**, | В **администрацию Октябрьского района г.** |
|  | (наименование местного исполнительного и распорядительного органа) | (наименование районного, городского исполнительного комитета) |
|  | от **Ивановой Ирины Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | От **Ивановой Ирины Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина) | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина) |
|  | зарегистрированной(ого) по месту жительства: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  | **г. Гродно, ул. Лиможа, д. 17, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, | зарегистрированной(ого) по месту жительства: |
|  | месту пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, | **г. Гродно, ул. Фомичева, д. 17, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, |
|  | **+375\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, | месту пребывания **г. Гродно, ул. Гая, д. 1, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_**,  **+375\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, |
|  | (e-mail, телефон) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  | данные документа, удостоверяющего личность:  **паспорт, КН\_000000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (вид документа,  **15.12.2010 Ленинский РОВД г. Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\*\*\*\*\*\*\*К\*\*\*РВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  идентификационный номер, а в случае отсутствия такого номера – серия (при наличии), номер и дата выдачи) | (e-mail, телефон) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о досрочном распоряжении средствами семейного капитала

1. Прошу предоставить право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного

**Ивановой Ирине Ивановне\_\_01.01.1986 \*\*\*\*\*\*\*К\*\*\*РВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, собственное имя,отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер (при наличии)члена семьи, которому назначен семейный капитал)

(решение о назначении семейного капитала от **01** **01\_**20**\_24** г. № **\_15\_\_** принято **администрацией Ленинского района г. Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (наименование сельского, поселкового, районного, городского исполнительного комитета, принявшего решение о назначении семейного капитала)

для их досрочного использования в отношении **Иванова Ильи Игоревича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**01.01.2010. \_\*\*\*\*\*\*\*К\*\*\*РВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер (при наличии) члена (членов) семьи, в отношении которого (которых) подается настоящее заявление)

по следующему направлению (направлениям):

1.3. на получение медицинских услуг – заполняется в случае обращения за досрочным распоряжением средствами семейного капитала:

на предоставление для медицинского применения иных медицинских изделий вместо включенных в Республиканский формуляр медицинских изделий при выполнении сложных и высокотехнологичных вмешательств в кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, ортопедии;

на предоставление для медицинского применения иных лекарственных средств вместо включенных в Республиканский формуляр лекарственных средств;

на получение стоматологических услуг (протезирование зубов, дентальная имплантация с последующим протезированием, ортодонтическая коррекция прикуса)

**протезирование зубов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указывается вид медицинской услуги, согласно заключения)

врачебно-консультационной комиссии)

в соответствии с заключением врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении платных медицинских услуг от **01**  **мая** 20**24** г. № **111**, срок действия до **01** **января** 20**25** г.

На получение указанных медицинских услуг заключен предварительный договор с \_**УЗ «Центральная городская стоматологическая поликлиника г. Гродно»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указывается наименование государственной организации здравоохранения, с которой заключен предварительный договор возмездного оказания услуг)

на сумму **2.000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** рублей.

(указывается сумма согласно предварительному договору возмездного оказания услуг)

2. Сообщаю следующее:

на дату подачи настоящего заявления ни один из детей, учтенных в составе семьи при назначении семейного капитала или родившихся (усыновленных, удочеренных) позднее, не признан находящимся в социально опасном положении, не отобран по решению суда, органа опеки и попечительства, комиссии по делам несовершеннолетних районных, городских исполнительных комитетов, местных администраций районов в городе, и я не лишена (не лишен) в отношении ни одного из этих детей родительских прав (не принято решение суда об отмене усыновления, удочерения) **подтверждаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указывается: подтверждаю или не подтверждаю)

(заполняется в случае обращения за досрочным распоряжением средствами семейного капитала родителя (усыновителя, удочерителя), которому назначен семейный капитал);

после назначения семейного капитала счет по учету вклада (депозита) «Семейный капитал» в подразделении ОАО «АСБ Беларусбанк» **открыт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;

(указывается: открыт или не открывался)

доли семейного капитала для досрочного распоряжения средствами семейного капитала членам семьи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается: выделены ранее или ранее не выделялись)

3. К настоящему заявлению прилагаю следующие документы:

**1)  Решение или копия решения о назначении семейного капитала**

**2) Заключение ВКК**

**3) Предварительный договор возмездного оказания услуг\_\_\_\_\_\_\_**

**4)** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4. Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, предупрежден \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

5. Мне известно, что:

решение о досрочном распоряжении (отказе в досрочном распоряжении) средствами семейного капитала принимается в месячный срок со дня подачи настоящего заявления. Копия решения (выписка из решения) выдается после его принятия при моем личном обращении или через моего представителя. Копия решения (выписка из решения) также может быть выдана другому (другим) члену (членам) семьи при его (их) обращении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Согласна (согласен) на представление по запросу местного исполнительного и распорядительного органа документов и (или) сведений, содержащих информацию обо мне и членах моей семьи, указанных в настоящем заявлении, если такая информация необходима для досрочного распоряжения средствами семейного капитала.

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить меня по адресу: **г. Гродно, ул. Лиможа, д. 17, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1\_\_** **июня**  **2024** г. |  |  | **И.И. Иванова** |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия гражданина) |

Документы приняты

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |