**Принятие решения о досрочном распоряжении средствами семейного капитала**

 **(п.2.47 Перечня)**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Славгородский районный исполнительный комитетГр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, собственное имя, отчество гражданина)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Зарегистрированной(ого) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия/ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер, дата выдачи,Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наименование государственного органа, его выдавшего Л.н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_идентификационный номер) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить мне право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество

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

члена семьи, которому назначен семейный капитал)

(решение о назначении семейного капитала от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_),

для получения членом (членами) семьи платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество

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

дата рождения, идентификационный номер члена (членов) семьи, нуждающегося (нуждающихся)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, предупреждена(ен).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   | (подпись) |
| Документы приняты\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | (подпись) (инициалы, фамилия специалиста, принявшего  |

 **Принятие решения о досрочном распоряжении средствами семейного капитала**

 **(п.2.47 Перечня)**

Славгородский районный исполнительный комитет

Гр.\_**Суворовой Елены Владимировны** \_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество гражданина)

проживающего (ей) \_**ул.Суворова, д.5\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_**г.Славгород, Могилевской области**\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_**2-95-40**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия/№\_\_**1806358**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, дата выдачи,

Выдан\_**Славгородским РОВД\_\_\_17.04.2011**\_\_\_\_

 наименование государственного органа, его выдавшего,

Л.н.\_\_\_\_**4501825М113РВ5**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 идентификационный номер)

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить мне право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного **Суворой Милане Андреевне**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, собственное имя, отчество

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

члена семьи, которому назначен семейный капитал)

(решение о назначении семейного капитала от \_\_**25\_мая 2015** г. № \_**8-10**), для получения членом (членами) семьи платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения, \_\_\_\_\_\_\_\_**Суворовой Миланы Андреевны, 21.05.2015 г.р.**

(фамилия, собственное имя, отчество

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

дата рождения, идентификационный номер члена (членов) семьи, нуждающегося (нуждающихся)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения)

**К заявлению прилагаю следующие документы:**

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, предупреждена(ен).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_ «25»\_\_\_ мая 2015 г.** |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   | (подпись заявителя) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Документы приняты\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | (подпись) (инициалы, фамилия специалиста, принявшего зая  |

***На основании Указа Президента Республики Беларусь от 26.04.2010г. № 200, при обращении с заявлением разные категории граждан предоставляют следующие документы:***

**1) заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении членом (членами) семьи платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения**

**2) документ, удостоверяющий личность совершеннолетнего члена семьи, нуждающегося в получении платных медицинских услуг по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения, и (или) свидетельство о рождении несовершеннолетнего члена семьи, нуждающегося в получении таких услуг**

**3) свидетельства  о рождении, копии решений суда об усыновлении, о восстановлении в родительских правах или иные документы, подтверждающие включение в состав семьи гражданина, не учтенного в ее составе при назначении семейного капитала (представляются на детей, нуждающихся в получении платных медицинских услуг по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения, если они не были учтены в составе семьи при назначении семейного капитала)\_**

**4) \_документы, подтверждающие родственные отношения членов семьи (свидетельство о рождении, свидетельство о браке, о перемене имени, копия решения суда об усыновлении и другие), - в случае изменения фамилии, собственного имени, отчества, даты рождения совершеннолетнего члена семьи, обратившегося за досрочным распоряжением средствами семейного капитала, и (или) члена семьи, нуждающегося в получении платных медицинских услуг по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения\_**

**5) свидетельства о смерти либо справка органа, регистрирующего акты гражданского состояния (далее - орган загса), содержащая сведения из записи акта о смерти, копия решения суда об объявлении гражданина умершим, о признании его безвестно отсутствующим, копия решения суда о расторжении брака либо свидетельство о расторжении брака или иной документ, подтверждающий исключение из состава семьи гражданина, которому назначен семейный капитал, или невозможность его обращения, - в случае обращения совершеннолетнего члена семьи, не являющегося гражданином, которому назначен семейный капитал, или законного представителя несовершеннолетнего члена семьи, не относящегося к членам семьи\_**