|  |
| --- |
| «Приложение  к постановлению  Министерства труда  и социальной защиты  Республики Беларусь  13.03.2012 № 39  (в редакции постановления  Министерства труда  и социальной защиты  Республики Беларусь  01.08.2017 № 38) |

Типовая форма

Реквизиты бланка

(угловой штамп органа по труду,

занятости и социальной защите)

**СПРАВКА**

**о предоставлении государственной адресной социальной помощи**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

Дана в том, что гражданину(ке) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

отчество (если таковое имеется)

зарегистрированному(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

за период с \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. предоставлена государственная адресная социальная помощь в виде:

ежемесячного социального пособия на общую сумму:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек,

(сумма цифрами и прописью)

в том числе по месяцам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | 20\_\_\_\_ г. | 20\_\_\_\_ г. |
| Январь |  |  |
| Февраль |  |  |
| Март |  |  |
| Апрель |  |  |
| Май |  |  |
| Июнь |  |  |
| Июль |  |  |
| Август |  |  |
| Сентябрь |  |  |
| Октябрь |  |  |
| Ноябрь |  |  |
| Декабрь |  |  |
| ИТОГО |  |  |

единовременного социального пособия на общую сумму:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек,

(сумма цифрами и прописью)

в том числе:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата обращения | Сумма цифрами и прописью |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ИТОГО |  |

обеспечения продуктами питания детей первых двух лет жизни: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) ребенка, детей)

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

на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек,

(сумма цифрами и прописью)

в том числе по месяцам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | 20\_\_\_\_ г. | 20\_\_\_\_ г. |
| Январь |  |  |
| Февраль |  |  |
| Март |  |  |
| Апрель |  |  |
| Май |  |  |
| Июнь |  |  |
| Июль |  |  |
| Август |  |  |
| Сентябрь |  |  |
| Октябрь |  |  |
| Ноябрь |  |  |
| Декабрь |  |  |
| ИТОГО |  |  |

социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек,

(сумма цифрами и прописью)

в том числе:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата обращения | Сумма цифрами и прописью |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ИТОГО |  |

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

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) ребенка-инвалида)

Справка выдана для предоставления по месту требования. Срок действия справки – бессрочно.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность руководителя) | (подпись) | (расшифровка подписи) |
|  | М.П. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»; |
| (должность специалиста) | (подпись) | ( |