Приложение № 14

к административному регламенту предоставления Управлением труда и социальной защиты населения администрации Минераловодского муниципального округа Ставропольского края государственной услуги «Назначение и выплата государственной социальной помощи населению Ставропольского края на основании социального контракта»

# Форма

В Управление труда и социальной защиты населения администрации

Минераловодского муниципального округа Ставропольского края

(наименование органа труда и социальной защиты населения)

# Заявление об изменении способа доставки государственной социальной помощи на основании социального контракта

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| СНИЛС |  |
| Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, выдавший орган) |  |
| Адрес места жительства |  |

Прошу государственную социальную помощь на основании социального контракта выплачивать через кредитную организацию:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование кредитной организации |  |
| [БИК](https://internet.garant.ru/document/redirect/555333/0)кредитной организации заявителя |  |
| Номер счета заявителя |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

приняты 20\_\_\_\_ г. и зарегистрированы № \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, инициалы, подпись специалиста, принявшего документы)

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (линия отреза)

# Расписка-уведомление о приеме заявления

Заявление гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

приняты и зарегистрированы № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

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

(фамилия, инициалы и подпись специалиста, принявшего документы)