|  |  |
| --- | --- |
|  | ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  к Порядку предоставления государственными медицинскими организациями Архангельской области единовременных денежных выплат  в связи с направлением женщин  на родоразрешение в государственные медицинские организации  Архангельской области |

*Форма заявления*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении единовременной денежной выплаты**

**в связи с направлением женщин на родоразрешение в государственные медицинские организации Архангельской области**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю государственной медицинской организации Архангельской области  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от гражданина(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения)

проживающий (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства заявителя)

(паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(номер, серия, дата выдачи, наименование органа, выдавшего паспорт)

в соответствии с Порядком предоставления государственными медицинскими организациями Архангельской области единовременных денежных выплат   
в связи с направлением женщин на родоразрешение в государственные медицинские организации Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 462-пп, направлена на родоразрешение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать наименование государственной медицинской организации Архангельской области)

Прошу выплатить мне единовременное денежное пособие в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ путем перечисления денежных средств на лицевой счет   
№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в кредитной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(реквизиты организации)

расположенной по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приложение: | 1. | Копия документа, удостоверяющего личность заявителя  (в случае, если от имени заявителя действует лицо, являющееся его представителем, то дополнительно предъявляется документ, удостоверяющий личность представителя, и документ, подтверждающий соответствующие полномочия). |
|  | 2. | Копия документа о направлении заявителя на родоразрешение, выданного государственной медицинской организацией Архангельской области по месту наблюдения по беременности. |

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

(Ф.И.О. заявителя) (подпись заявителя)

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

(дата)».

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