Директору КУ РА

«Управление социальной

поддержки Майминского района»

от {{surname}} {{name}} {{patronymic}}

проживающего: {{address}}

дата рождения: {{birthday}}

**ПАСПОРТ** серия {{seria}} номер {{nomer}}

Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. {{phone}}

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ об установлении и выплате компенсации расходов на изготовление и ремонт зубных протезов | | |
| Гр. {{surname}} {{name}} {{patronymic}} Принадлежность к гражданству - гражданин РФ, иностранный гражданин, лицо без гражданства (ненужное зачеркнуть) | | |
| Паспорт гражданина России: серия {{seria}} №{{nomer}} дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: {{birthday}} кем выдан: | | |
| Номер страхового свидетельства о государственном пенсионном страховании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Прошу установить мне компенсацию расходов на изготовление и ремонт зубных протезов как реабилитированный  Прошу выплатить установленную мне компенсацию расходов на изготовление и ремонт зубных  протезов через Списки (сбербанк, банк) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , лицевой счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ почта  (нужное подчеркнуть) | | |
| Мне известно. что в соответствии с действующим законодательством, гражданин, имеющий право на установление компенсации расходов на изготовление и ремонт зубных протезов по нескольким основаниям, может получить компенсацию расходов на изготовление и ремонт зубных протезов только по одному из них. | | |
|  | | |
| Дата подачи заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Подпись получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | |
| Заявление и другие документы гр.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ принято специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Регистрационный номер №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|
|  |  | |