

**Заявление
об отказе от получения ежемесячной выплаты в связи
с рождением(усыновлением) ребенка до достижения им возраста
трех лет из средств материнского (семейного) капитала**

Прошу прекратить выплату ежемесячной выплаты в связи с рождением (усыновлением) ребенка до достижения им возраста трех лет из средств материнского (семейного) капитала (далее – ежемесячная выплата).

1. Сведения о заявителе

Фамилия	Петрова
Имя	Ирина
Отчество (при наличии)	Сергеевна
СНИЛС	612-932-566 85
Дата рождения (дд.мм.гггг)	04.05.1995
Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, дата выдачи, реквизиты)	Паспорт гражданина РФ, 04.05.2016 , 1425 №121314, ОПНМ № 2 УФМС РФ ПК
Адрес электронной почты, контактный телефон	ftuna22@mail.ru 892845676523

2. Сведения о ребенке, на которого осуществлялась ежемесячная выплата
в связи с рождением (усыновлением) ребенка до достижения им возраста
трех лет из средств материнского (семейного) капитала

Фамилия	Петров
Имя	Олег
Отчество (при наличии)	Игоревич
СНИЛС	612-923-546 12
Дата рождения (дд.мм.гггг)	15.06.2020

3. Сведения о представителе заявителя *

Фамилия	Антонов
Имя	Юрий
Отчество (при наличии)	Маркович
Тип представителя (указать нужное - законный представитель/доверенное лицо)	доверенное лицо
СНИЛС	123-234-156 15
Дата рождения (дд.мм.гггг)	03.01.1991
Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, дата выдачи, реквизиты)	Паспорт гражданина РФ, 04.05.2013 , 1113 №154456, ОПНМ № 1 УФМС РФ ПК
Сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя заявителя (наименование, дата выдачи, реквизиты)	Нотариальная доверенность, 15.06.2020 , 12 №145, Нотариус
Адрес электронной почты, контактный телефон представителя	ftuna22@mail.ru, 87776541235

Дата **"29" июня 2023 г.**

(подпись заявителя (представителя заявителя))

*Заполняется в случае, если заявление подается уполномоченным представителем заявителя.