

В государственное казенное учреждение социальной  
защиты населения по \_\_\_\_\_  
(городу, району)

от гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан: дата \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_

Постоянно проживающей(его) по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении единовременной материальной помощи членам семьи  
военнослужащих, граждан, пребывающих (пребывавших) в добровольческих  
формированиях лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии  
Российской Федерации и имеющих специальные звания полиции, принимавшим  
участие в специальной военной операции, проводимой на территории Украины,  
Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской  
области, Херсонской области

1. Прошу назначить мне единовременную материальную помощь как члену  
семьи (супруга (супруг), мать, отец)

#### **нужное подчеркнуть**

погибшего (пропавшего без вести, безвестно отсутствующего) военнослужащего,  
добровольца, сотрудника

\_\_\_\_\_ (ФИО погибшего (пропавшего без вести, безвестно отсутствующего), дата  
рождения)

при выполнении задач в ходе специальной военной операции, также прошу выплатить  
долю (и) единовременной материальной помощи, причитающуюся (щиеся)  
несовершеннолетнему(ним) ребенку (детям) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью, дата рождения)

2. Назначенную единовременную материальную помощь перечислить на  
лицевой счет № \_\_\_\_\_, открытый в

\_\_\_\_\_ (наименование финансово-кредитного учреждения)

Предупреждены об ответственности за предоставление заведомо  
недостоверных сведений, влияющих на право получения единовременной выплаты.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_ в количестве \_\_\_\_\_ шт.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	ФИО и подпись специалиста

-----  
(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_ в количестве \_\_\_\_\_ шт.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	ФИО и подпись специалиста