ПРИЛОЖЕНИЕ № 8

к Административному регламенту

Министерства труда и социального

развития Республики Дагестан по

предоставлению государственной услуги

«Назначение и выплата государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них

поствакцинальных осложнений»

Форма

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ

совершеннолетних членов семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения, на выплату заявителю государственного единовременного пособия при возникновении поствакцинального осложнения

В ГКУ РД «Управление социальной защиты населения в муниципальном образовании

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

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

(фамилия, имя, отчество (без сокращений), дата рождения)

Паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается наименование государства)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания, фактического проживания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(в адресах указывается почтовый индекс, наименование региона, района,

города, села, иного населенного пункта, улицы, номер дома,

корпуса, квартиры)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Степень родства (мать, отец, дочь, сын, брат, сестра и т.д.) (нужное подчеркнуть) по отношению к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Ф.И.О. гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения)

Даю согласие на выплату государственного единовременного пособия гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений \_\_\_\_\_\_\_

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

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

(Ф.И.О. гражданина, которому будет осуществлена выплата, дата рождения

гражданина, степень родства по отношению к умершему)

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_