|  |  |
| --- | --- |
|  | В **администрацию Октябрьского района г. Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_**, |
|  | (наименование местного исполнительного и распорядительного органа) |
|  | от **Ивановой Ирины Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина) |
|  | зарегистрированной(ого) по месту жительства: |
|  | **г. Гродно, ул. Фомичева, д. 17, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, |
|  | месту пребывания **г. Гродно, ул. Гая, д. 1, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, |
|  | **+375\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, |
|  | (e-mail, телефон) |
|  | данные документа, удостоверяющего личность:  **паспорт, КН\_000000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (вид документа, серия (при наличии), номер,  **15.12.2010 Октябрьский РОВД г. Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  дата выдачи, наименование (код) государственного органа,  **\*\*\*\*\*\*\*К\*\*\*РВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  выдавшего документ, идентификационный номер (при наличии) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о досрочном распоряжении средствами семейного капитала

1. Прошу предоставить право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного

**Ивановой Ирине Ивановне\_\_01.01.1986 \*\*\*\*\*\*\*К\*\*\*РВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, собственное имя,отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер (при наличии)члена семьи, которому назначен семейный капитал)

(решение о назначении семейного капитала от **01** **01\_\_**20**\_19** г. № **\_1\_\_** принято **администрацией Октябрьского района г. Гродно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование местного исполнительного и распорядительного органа, принявшего решение о назначении семейного капитала)

для их досрочного использования в отношении **Иванова Ильи Игоревича 01.01.2010. \_\*\*\*\*\*\*\*К\*\*\*РВ\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер (при наличии) члена (членов) семьи, в отношении которого (которых) подается настоящее заявление)

по следующему направлению (направлениям):

1.3. на получение медицинских услуг – заполняется в случае обращения за досрочным распоряжением средствами семейного капитала:

на предоставление для медицинского применения иных медицинских изделий вместо включенных в Республиканский формуляр медицинских изделий при выполнении сложных и высокотехнологичных вмешательств в кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, ортопедии;

на предоставление для медицинского применения иных лекарственных средств вместо включенных в Республиканский формуляр лекарственных средств;

на получение стоматологических услуг (протезирование зубов, дентальная имплантация с последующим протезированием, ортодонтическая коррекция прикуса)

**на получение стоматологических услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(нужное указать)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_протезирование зубов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(вид медицинской услуги, указанный в заключении врачебно-консультационной комиссии)

В соответствии с заключением врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении платных медицинских услуг от **01** **января** 20**20** г. № **111\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2. Сообщаю, что доли семейного капитала для досрочного распоряжения средствами семейного капитала членам семьи

**ранее не выделялись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указать нужное: выделены ранее или ранее не выделялись)

3. К заявлению прилагаю следующие документы:

1) **Паспорт гражданина Республики Беларусь.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2) **Решение или копия решения о назначении семейного капитала.**

3)  **Заключение ВКК.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4) **Документ удостоверяющий личность и (или) свидетельство рождении члена семьи, нуждающегося в получении платных медицинских услуг.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5) **И иные необходимые документы.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4. Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, предупреждена(ен).

5. Мне известно, что:

решение о досрочном распоряжении (отказе в досрочном распоряжении) средствами семейного капитала принимается в месячный срок со дня подачи заявления о досрочном распоряжении средствами семейного капитала. Копия решения (выписка из решения) выдается после его принятия при моем личном обращении или через моего представителя. Копия решения (выписка из решения) также может быть выдана другому (другим) члену (членам) семьи при его (их) обращении.

Согласна (согласен) на представление по запросу местного исполнительного и распорядительного органа документов и (или) сведений, содержащих информацию обо мне и членах моей семьи, указанных в настоящем заявлении, если такая информация необходима для досрочного распоряжения средствами семейного капитала.

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить меня по адресу: **г. Гродно, ул. Гая, д. 1, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** **февраля** 20**20** г. |  |  | **И.И.Иванова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия гражданина) |

Документы приняты

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |