

Руководителю ОГКУ "Центр социальной поддержки населения Александровского района"

(Наименование учреждения)

(Фамилия, инициалы)

Гр. _____

(Фамилия, имя, отчество – при наличии)

Документ, удостоверяющий личность (вид документа) : _____

серия _____ N _____ дата выдачи _____,
кем выдан _____

Адрес места жительства/пребывания (нужное подчеркнуть) : _____

Номер контактного телефона: _____

Заявление

Прошу в соответствии с [Законом](#) Томской области от 7 июня 2013 года N 109-ОЗ "О социальной помощи на зубопротезирование отдельным категориям граждан, проживающим на территории Томской области" предоставить социальную помощь на зубопротезирование в виде единовременной денежной выплаты по категории _____.

Сообщаю, что расходы на зубопротезирование произведены в _____ году.

О принятом решении прошу уведомить меня посредством _____

(Телефон, электронная почта, почтовая связь)

(Подпись)

(Фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя))

Выплату прошу произвести через (выбрать нужное и указать) :

1) оператора почтовой связи _____

(Наименование организации)

2) кредитную организацию _____
на счет _____

3) иным способом _____

(Наименование организации, реквизиты)

Предоставленные мною документы и копии документов, в том числе документы, подтверждающие произведенные расходы на зубопротезирование, в количестве ____ шт.,

в том числе:

N п/п	Наименование документа	Количество

Достоверность сведений, указанных в заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаю.

(Подпись) (Фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) (Дата)

Регистрационный номер заявления _____

Дата 20__ г.

Специалист, принявший заявление _____

(Подпись)

(Расшифровка подписи)

----- линия отреза -----

Расписка-уведомление

Расписка-уведомление о приеме документов на _____ листах принята.

Регистрационный номер заявления: _____

Специалист, принявший заявление _____

(Подпись)

(Расшифровка подписи)
