Начальнику Управления социальной защиты

населения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(муниципальный район, городской округ)

от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество без сокращений)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(сведения о документе, удостоверяющем

личность (вид документа, удостоверяющего

личность, серия и номер документа, кем выдан

документ, дата его выдачи)

зарегистрированной(го) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(почтовый индекс, наименование региона,

района, города, иного населенного пункта,

улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

место фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(почтовый индекс, наименование региона,

района, города, иного населенного пункта,

улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ИНН заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

СНИЛС заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон (с указанием кода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заявление

В соответствии с [Федеральным законом](garantF1://5870.8) от 12 января 1996 года N 8-ФЗ

"О погребении и похоронном деле" прошу мне как лицу, взявшему на себя

обязанность осуществить погребение умершего(ей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество без сокращений, число, месяц, год рождения

умершего(ей), ИНН и СНИЛС умершего(ей)

который(ая) (нужное отметить галочкой):

\_\_\_ - не подлежал обязательному социальному страхованию на случай

временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти и не

являлся пенсионером;

\_\_\_ - являлся мертворожденным ребенком по истечении 196 дней

беременности;

и на день смерти проживал по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(почтовый индекс, наименование региона, района, города, иного населенного

пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры (в случае рождения мертвого

ребенка по истечении 196 дней беременности указать адрес родителей)

назначить и выплатить социальное пособие на погребение.

Для назначения пособия представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N  п/п | Наименование документов | Количество  листов |
| 1. | Копия трудовой книжки, содержащая сведения об увольнении умершего лица |  |
| 2. | Документ из территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, содержащий сведения о том, что умершее лицо не являлось на день смерти пенсионером |  |
| 3. | Документ, содержащий сведения об отсутствии регистрации умершего в качестве лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством |  |
| 4. | Документ, содержащий сведения о последнем месте жительства (месте пребывания) умершего лица |  |
| 5. | Подлинник справки о смерти по [форме N 33](garantF1://79628.3300) |  |
| 6. | Подлинник справки о рождении мертвого ребенка по истечении 196 дней беременности по [форме N 26](garantF1://79628.2600) |  |

Предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверных

сведений. Против проверки представленных сведений и возврата сумм,

выплаченных вследствие подачи мной недостоверных сведений, не возражаю.

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

(подпись заявителя)

Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист управления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

социальной защиты населения

Начальнику Управления социальной защиты

населения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(муниципальный район, городской округ)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование юридического лица, являющегося

специализированной службой по вопросам

похоронного дела с указанием фамилии, имени,

отчества представителя специализированной

службы по вопросам похоронного дела)

расположенного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(юридический адрес специализированной службы

по вопросам похоронного дела)

адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон (с указанием кода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заявление

В соответствии с [Федеральным законом](garantF1://5870.9) от 12 января 1996 года N 8-ФЗ

"О погребении и похоронном деле" прошу возместить стоимость

гарантированного перечня услуг по погребению следующих граждан, не

подлежавших обязательному социальному страхованию на случай временной

нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти и не

являвшихся пенсионерами, погребение которых было осуществлено

специализированной службой по вопросам похоронного дела:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Ф.И.О. | Справка о смерти (номер, дата, кем выдана) | Дата осуществления захоронения | Стоимость оказанных услуг по погребению | Сумма к возмещению расходов |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

Для возмещения стоимости гарантированного перечня услуг по погребению

представляем следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N  п/п | Наименование документов | Количество  листов |
| 1. | Счет ([счет-фактура](garantF1://70016264.1000)) |  |
| 2. | Подлинники справок о смерти по [форме N 33](garantF1://79628.3300) |  |
| 3. | Подлинники справок о рождении мертвого ребенка по истечении 196 дней беременности по [форме N 26](garantF1://79628.2600) |  |
|  | Дополнительно представляем следующие документы: |  |
| 4. | Иные документы в соответствии с [пунктом 11](#sub_10511) настоящего Административного регламента |  |

Предупреждены об ответственности за представление недостоверных

сведений. Против проверки представленных сведений и возврата сумм,

выплаченных вследствие подачи недостоверных сведений, не возражаем.

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

(подпись руководителя)

М.П.

Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист управления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

социальной защиты населения