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 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 | Количестволистов |
| 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 |  |
| 6. | Подлинник справки о рождении мертвого ребенка по истечении 196 дней беременности по форме N 26 |  |

 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 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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/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 | Количестволистов |
| 1. | Счет (счет-фактура) |  |
| 2. | Подлинники справок о смерти по форме N 33 |  |
| 3. | Подлинники справок о рождении мертвого ребенка по истечении 196 дней беременности по форме N 26 |  |
|  | 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