

Директору БУ СО ВО  
«КЦСОН Харовского района»

от \_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении средств ухода за новорожденным ребенком

В соответствии с законом Вологодской области от 16.03.2015 года № 3602-ОЗ «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области» я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, статус по отношению к ребенку (родитель, усыновитель, опекун)

документ, подтверждающий личность:

наименование			
серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
Кем выдан			

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается адрес фактического проживания)

сведения о регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_

(указывается на основании записи в паспорте или в документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)

сведения о регистрации (учете) по месту пребывания: \_\_\_\_\_

(указываются на основании документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания)

прошу выдать мне для новорожденного ребенка \_\_\_\_\_

(дата рождения ребенка)

средства ухода за новорожденными детьми в связи со сложившейся трудной жизненной ситуацией: \_\_\_\_\_

(описание трудной жизненной ситуации)

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для обеспечения новорожденных детей средствами ухода, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если заявителем не представлен акт органа опеки и попечительства об установлении на ребенком опеки (в том случае, если за средствами ухода за новорожденными детьми обращается опекун (попечитель) ребенка)	
Фамилия, имя, отчество ребенка	
Дата рождения ребенка	
Дата установления опеки	
Если не представлен документ о рождении, выданный медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы, в которой происходили роды, или документ о рождении, выданный медицинской организацией, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах или в которую обратилась мать после родов, либо индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, - при родах вне медицинской организации	
Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)	

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

(дата регистрации заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)