

В Государственное казенное учреждение Владимирской области
«Отдел социальной защиты населения по Вязниковскому району»

**Заявление о распоряжении средствами регионального
материнского (семейного) капитала**

1. КТО ОБРАТИЛСЯ ЗА УСЛУГОЙ?	
Заявитель обратился лично (заполнение заявления начинается с пункта 3, пункт 6 заполнению не подлежит)	
Представитель по доверенности (заполнение заявления начинается с пункта 2, пункт 6 заполнению не подлежит)	
Законный представитель несовершеннолетнего (заполнение заявления начинается с пункта 6, пункты 2, 3, 4 и 5 заполнению не подлежат)	
2. СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ	
Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Наименование документа, удостоверяющего личность	
Серия	Кем выдан
Номер	
Код подразделения	Дата выдачи
Контактный телефон	
Адрес электронной почты	
Подтверждаю наличие документа, подтверждающего полномочия на подачу заявления от имени физического лица (заявителя)	
3. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ	
Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Наименование документа, удостоверяющего личность	
Серия	Кем выдан
Номер	

Код подразделения	Дата выдачи
СНИЛС	
Контактный телефон	
Адрес электронной почты	
Адрес регистрации по месту жительства	
4. КЕМ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ?/КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЬ?	
4.1. Мать (продолжите заполнение необходимых полей с пункта 5)	
4.2. Отец (продолжите заполнение необходимых полей с пункта 5)	
5. СВЕДЕНИЯ ОБ ОГРАНИЧЕНИЯХ	
Умышленных преступлений в отношении ребенка (детей) не совершал(а) (после подтверждения - переход к пункту 7)	
6. ТИП ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	
Опекун	
Попечитель	
6.1. Сведения о представителе (опекуне/попечителе)	
Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Наименование документа, удостоверяющего личность	
Серия	Кем выдан
Номер	
Код подразделения	Дата выдачи
СНИЛС	
Адрес электронной почты	
Адрес регистрации по месту жительства	
6.2. Сведения о документе, подтверждающем установление опекуна/попечительства	
Номер	
Дата	
Орган, выдавший документ	
6.3. Сведения о ребенке (в связи с рождением (усыновлением) которого возникло право на материнский капитал)	

Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
СНИЛС	
Наименование документа, удостоверяющего личность (для ребенка, достигшего 14 лет)	
Серия	Кем выдан
Номер	
Код подразделения	Дата выдачи
Адрес регистрации по месту жительства ребенка	
Где зарегистрировано рождение ребенка?	
	Реквизиты актовой записи о
В Российской Федерации	
	Номер
	Дата
	Место регистрации
На территории иностранного государства	
7. УКАЖИТЕ ЦЕЛИ ДЛЯ РАСПОРЯЖЕНИЯ МАТЕРИНСКИМ КАПИТАЛОМ	
Улучшение жилищных условий	
Сведения об использовании средств материнского капитала на улучшение жилищных условий	
Краткое описание цели использования денежных средств	Сумма денежных средств (руб.)
Получение образования	
Сведения об использовании средств материнского капитала на получение образования	
Краткое описание цели использования денежных средств	Сумма денежных средств (руб.)
Единовременная выплата	
Сумма единовременной выплаты (руб.)	
8. РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ	

Наименование банка		
БИК		
Корреспондентский счет		
Данные получателя денежных средств (для физического лица)	Фамилия	
	Имя	
	Отчество (при наличии)	
	Номер лицевого счета (номер счета получателя)	
Данные получателя денежных средств (для юридического лица)	Наименование организации	
	Номер лицевого счета (номер счета получателя)	
9. К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ		
№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(на).

Даю согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных в соответствии с Федеральными законами от 27.07.2006 года N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" и от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

_____ дата

Подпись/ _____

_____ расшифровка подписи

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

(ФИО лица, подавшего заявление)

(регистрационный номер заявления)

(дата приема заявления, ФИО и должность работника)