

## Форма заполнения

В комиссию по назначению государственных пособий семьям, воспитывающим детей, и пособий по временной нетрудоспособности

**ГУО «Дошкольный центр развития ребенка №7 г. Волковыска**

(наименование государственного органа, организации)

От **Ивановой Анны Ивановны**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое

\_\_\_\_\_ ,  
имеется) заявителя

проживающей (его) **Волковыск ул. Ленина д.1.кв.1** \_\_\_\_\_ ,

данные документа, удостоверяющего личность:

**Паспорт КН 111111**

(вид документа, серия (при наличии), номер,

**02.01.2020** **отдел внутренних дел**

**Волковысского райисполкома**

дата выдачи, наименование государственного органа,

**4111111К011РВ1**

его выдавшего, идентификационный номер (при наличии)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении государственных пособий семьям, воспитывающим детей

Прошу назначить **пособие женщинам, ставшим на учет до 12 недель, пособие в связи (указываются виды с рождением ребенка, пособие по уходу за ребенком до 3-х лет, пособие семьям на детей в государственных пособий) возрасте от 3-х до 18-ти лет в период воспитания ребенка до 3-х лет** (указываются виды государственных пособий)

**Иванова Мария Петровна 05.05.2010**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

**Иванов Максим Петрович 20.09.2014**

\_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

Сообщаю, что уход за ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет:

**Иванова Анна Ивановна**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица,

**4111111К011РВ1, мать**

\_\_\_\_\_ .  
осуществляющего уход за ребенком, родственные отношения с ребенком)

Одновременно представляю следующие сведения о дополнительной занятости в период осуществления ухода за ребенком в возрасте до 3 лет:

**ИП не являюсь, ЦЗ не стою**

(указывается дополнительный вид деятельности лица, осуществляющего

Дополнительно сообщаю сведения о родителях ребенка в возрасте до 3 лет (матери (мачехе) в полной семье, родителе в неполной семье), усыновителе (удочерителе) ребенка в возрасте до 3 лет либо о родителях ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет (матери (мачехе), отце (отчине) в полной семье, родителе в неполной семье), усыновителе (удочерителе), опекуне (попечителе) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет (при обращении за назначением пособия по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет или пособия по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в соответствии с пунктом 2 статьи 12, пунктом 3 статьи 18 Закона Республики Беларусь от 29 декабря 2012 года «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 06.01.2013, 2/2005; 15.07.2017, 2/2471):

**Иванова Анна Ивановна** (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) указанных лиц, 4111111K011PB1, мать

---

идентификационный номер, указанный в документе, удостоверяющем их личность

---

\_\_\_\_\_ . (при наличии), родственные отношения с ребенком) К заявлению прилагаю документы на 5 л.

Подтверждаю, что ребенок (дети) воспитывается (воспитываются) в моей семье, проживает (проживают) в Республике Беларусь, не обучается (не обучаются) в дневной форме получения образования за пределами Республики Беларусь, не находится (не находятся) в учреждении образования с круглосуточным режимом пребывания, учреждении социального обслуживания, осуществляющем стационарное социальное обслуживание, детском интернатном учреждении, доме ребенка, приемной семье, детском доме семейного типа, учреждении образования с получением государственного обеспечения, доме ребенка исправительной колонии, учреждении уголовно-исполнительной системы.

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить сведения о своей дополнительной занятости, изменениях в составе семьи и занятости ее членов, о зачислении ребенка в детское интернатное учреждение, учреждение образования с круглосуточным режимом пребывания, выезде ребенка за пределы Республики Беларусь сроком более чем на 2 месяца и других обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты пособия или изменение его размера.

Об ответственности за несвоевременное сообщение сведений, влияющих на право на государственное пособие или изменение его размера, либо представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов предупрежден(а).

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Документы приняты

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы специалиста)

\_\_\_\_\_  
(подпись)