

Приложение 4
к Положению о порядке и условиях
назначения, финансирования
(перечисления), распоряжения
средствами семейного капитала

Форма

В _____
(наименование местного исполнительного и распорядительного органа)
от _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина)

зарегистрированной(ого) по месту жительства: _____

(e-mail, телефон)
данные документа, удостоверяющего личность: _____
(вид _____

документа, серия (при наличии), номер, _____

дата выдачи, наименование государственного органа, его выдавшего, _____

идентификационный номер (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о досрочном распоряжении средствами семейного капитала

Прошу предоставить мне право на досрочное распоряжение средствами
семейного капитала, назначенного _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

_____ члена семьи, которому назначен семейный капитал)
(решение о назначении семейного капитала от _____ 20__ г. № _____),
для получения членом (членами) семьи платных медицинских услуг, оказываемых
организациями здравоохранения, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)),

дата рождения, идентификационный номер члена (членов) семьи, нуждающегося (нуждающихся)

в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения)

К заявлению прилагаю следующие документы:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, предупреждена(ен).

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить меня по адресу: _____,
e-mail: _____.
(нужное указать)

_____ 20__ г.

(подпись)

Документы приняты

_____ 20__ г.

№ _____

(инициалы, фамилия специалиста,
принявшего заявление)

(подпись)