

Приложение 6
к Положению о порядке и условиях
назначения, финансирования
(перечисления), распоряжения
средствами семейного капитала

Форма

РЕШЕНИЕ
о досрочном распоряжении (отказе в досрочном распоряжении)
средствами семейного капитала*

от _____ 20__ г. № _____

На заседании _____
(наименование местного исполнительного и распорядительного органа)
рассмотрено заявление _____
(фамилия, собственное имя,

отчество (если таковое имеется) гражданина)

о предоставлении права 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.
№ _____), на получение членом (членами) семьи платных медицинских
услуг, оказываемых организациями здравоохранения, _____
(фамилия, собственное имя,

отчество (если таковое имеется) члена (членов) семьи, нуждающегося (нуждающихся)

в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения)

ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ:

Предоставить право _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),

дата рождения, идентификационный номер (при наличии) гражданина, обратившегося

с заявлением о досрочном распоряжении средствами семейного капитала)

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.

* Оформляется на одном листе с оборотом.

№ _____), для получения платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения, _____
(фамилия, собственное имя,

отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер (при наличии)

члена (членов) семьи, нуждающегося (нуждающихся) в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения)

в соответствии с заключением врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения от _____ 20__ г. № _____.

Отказать в досрочном распоряжении средствами семейного капитала в связи с _____
(указать причину отказа)

Для использования средств семейного капитала гражданин, которому настоящим решением предоставлено право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, обращается за использованием средств семейного капитала в подразделение открытого акционерного общества "Сбергательный банк "Беларусбанк" в соответствии с регистрацией по его месту жительства или по месту открытия депозитного счета "Семейный капитал".

Средства семейного капитала могут быть использованы в соответствии с настоящим решением до _____ 20__ г. включительно (указывается день истечения срока действия заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении членом (членами) семьи платных медицинских услуг, но не позднее дня истечения 18 лет с даты рождения ребенка, в связи с рождением, усыновлением (удочерением) которого семья приобрела право на назначение семейного капитала)*.

Принятое решение может быть обжаловано в _____
(указываются наименование

и адрес вышестоящего исполнительного и распорядительного органа)

Председатель
(уполномоченный заместитель)

(инициалы, фамилия)

(подпись)
М.П.

* Не заполняется в случае отказа в досрочном распоряжении средствами семейного капитала.