



МИНИСТЕРСТВО
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

08.10.2021 № 20РВ-192

г. Красногорск

Об утверждении формы заявления о назначении
ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным
питанием беременных женщин, кормящих матерей,
а также детей в возрасте до трех лет

В соответствии с постановлением Правительства Московской области
от 26.11.2019 № 868/41 «Об утверждении Порядка предоставления ежемесячной
денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет»:

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о назначении ежемесячной
денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет.

2. Управлению организации деятельности структурных подразделений
и подведомственных учреждений Министерства социального развития Московской
области обеспечить официальное размещение (опубликование) настоящего
распоряжения на официальном сайте Министерства социального развития
Московской области <http://msr.mosreg.ru> в информационно-телекоммуникационной
сети «Интернет».

3. Управлению по работе с документами и обеспечения деятельности
Министерства социального развития Московской области направить копию
настоящего распоряжения:

в 7-дневный срок после дня первого официального опубликования в
Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Московской области
с соблюдением требований, установленных распоряжением Губернатора
Московской области от 21.05.2021 № 163-РГ «Об организации представления
нормативных правовых актов Московской области для включения в федеральный
регистр нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации»;

000141

в течение 5 рабочих дней со дня его регистрации в прокуратуру Московской области в соответствии с распоряжением Губернатора Московской области от 30.07.2018 № 255-РГ «О направлении в Прокуратуру Московской области нормативных правовых актов Московской области и их проектов».

4. Настоящее распоряжение вступает в силу по истечении 10 дней после его официального опубликования.

Заместитель Председателя Правительства
Московской области – министр
социального развития Московской области



И.А. Каклюгина

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением Министерства
социального развития
Московской области
от 08.10.2021 №20РВ-192

Форма

В _____
(наименование территориального структурного подразделения)

Министерства социального развития Московской области

**Заявление
о назначении ежемесячной денежной выплаты
на обеспечение полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет**

Я, _____,
(указать фамилию, имя, отчество (при наличии) Заявителя полностью)

дата рождения _____, пол Женский Мужской,
(число, месяц, год)

зарегистрирован(а) по адресу: _____,

(указать почтовый адрес места жительства: индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел: _____, адрес электронной почты: _____.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|--|
| (документ, удостоверяющий личность) | Серия | |
| | Номер | |
| | Дата выдачи | |
| | Кем выдан | |

Сведения о представителе Заявителя (заполняется в случае обращения представителя Заявителя):

_____,
(указать фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя Заявителя полностью)

дата рождения _____, адрес места жительства: _____
(число, месяц, год)

(указать почтовый адрес места жительства: индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел: _____, адрес электронной почты: _____.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|--|
| (документ, удостоверяющий личность) | Серия | |
| | Номер | |
| | Дата выдачи | |
| | Кем выдан | |

Документ, подтверждающий полномочия представителя Заявителя:
 Доверенность серия _____ номер _____
 дата выдачи _____, кем выдан _____.

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет (далее - ежемесячная денежная выплата на питание).

Выберите категорию заявителя, к которой Вы относитесь, и заполните все необходимые поля в соответствующем блоке заявления

| | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> беременная женщина (срок беременности не менее 12 (Двенадцати) недель) | |
| Сведения о прикреплении к медицинской организации | |
| 1. Вы прикреплены к государственной медицинской организации Московской области? | |
| <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| <input type="checkbox"/> <i>Документ о сроке беременности не менее двенадцати недель и предполагаемой дате родов</i> номер справки _____ дата выдачи _____ кем выдана _____ <small>(наименование медицинской организации)</small> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Документ о заключении врача о необходимости обеспечения полноценным питанием</i> номер справки _____ дата выдачи _____ кем выдана _____ <small>(наименование медицинской организации)</small> | |

В целях назначения ежемесячной денежной выплаты на питание даю согласие:

на получение сведений, подтверждающих:

- срок беременности и предполагаемую дату родов
- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос вышеуказанных сведений возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области _____;

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

на получение сведений, подтверждающих:

- факт рождения ребенка
- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос вышеуказанных сведений возможен только в случае рождения ребенка и последующего оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области.

В случае невыполнения данных условий информирована о прекращении ежемесячной выплаты по категории «беременная женщина» _____;

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

на получение сведений, подтверждающих:

- место жительства ребенка, в случае его регистрации по месту жительства в Московской области
 - необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о месте жительства ребенка возможен только в случае регистрации ребенка по месту жительства в Московской области в срок до исполнения ребенку 6 (Шести) месячного возраста.

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области.

В случае невыполнения данных условий информирована о прекращении ежемесячной выплаты по категории «кормящая мать» _____.

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

- кормящая мать** (в течение 6 (шести) месяцев с даты родов, при нахождении ребенка исключительно на грудном вскармливании)

Сведения о прикреплении к медицинской организации

1. Ребенок прикреплен к государственной медицинской организации Московской области?

ДА **НЕТ**

Документ о заключении врача о необходимости обеспечения полноценным питанием
 номер справки _____ дата выдачи _____
 кем выдана _____
 (наименование медицинской организации)

Сведения о ребенке

ФИО _____,
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)

дата рождения _____, пол **Мужской** **Женский**
 (число, месяц, год)

Сведения (документ), подтверждающие факт рождения ребенка

1. Ребенок родился на территории Российской Федерации?

ДА

НЕТ

Реквизиты актовой записи о рождении

номер записи акта _____

дата составления записи _____

место государственной регистрации _____

(наименование органа, которым произведена государственная

регистрация акта гражданского состояния)

Документ о рождении ребенка, выданный компетентным органом иностранного государства
 серия _____

номер _____

дата выдачи _____

кем выдан _____

Дополнительные сведения о заявителе, изменившем фамилию, имя или отчество после рождения ребенка, с рождением которого возникло право на ежемесячную денежную выплату на питание

* (заполняется заявителем только в случае изменения своих фамилии, имени или отчества после рождения ребенка)

Сведения (документ) о заключении (расторжении) брака

(для заявителя, изменившего свою фамилию в связи с заключением (расторжением) брака)

1. Брак заключен (расторгнут) на территории Российской Федерации?

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Да | | <input type="checkbox"/> Нет | |
| <input type="checkbox"/> Реквизиты актовой записи о заключении брака | <input type="checkbox"/> Реквизиты актовой записи о расторжении брака | <input type="checkbox"/> Документ о заключении брака, выданный компетентным органом иностранного государства | <input type="checkbox"/> Документ о расторжении брака, выданный компетентным органом иностранного государства |
| номер записи акта <hr/> дата составления записи _____ место государственной регистрации (наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния) <hr/> | | серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ | |

Сведения (документ) о перемене имени

(для заявителя, изменившего свои фамилию, имя или отчество)

1. Перемена имени произведена на территории Российской Федерации?

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Да | | <input type="checkbox"/> Нет | |
| <input type="checkbox"/> Реквизиты актовой записи о перемене имени | | <input type="checkbox"/> Документ о перемене имени, выданный компетентным органом иностранного государства | |
| номер записи акта <hr/> дата составления записи _____ место государственной регистрации (наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния) <hr/> | | серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ | |

В целях назначения ежемесячной денежной выплаты на питание даю согласие:

на получение сведений, подтверждающих:

- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области _____;

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

на получение сведений, подтверждающих:

- место жительства ребенка, в случае его регистрации по месту жительства в Московской области

- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о месте жительства ребенка возможен только в случае регистрации ребенка по месту жительства в Московской области в срок до исполнения ребенку 6 (Шести) месячного возраста.

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области.

В случае невыполнения данного условия информирована о прекращении ежемесячной выплаты по категории «кормящая мать» _____.

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

 дети (ребенок) в возрасте от 0 (нуля) до 3 (трех) лет (далее – дети, ребенок)

Выберите категорию законного представителя ребенка

 родитель ребенка

В отношении ребенка лишен родительских прав или ограничен в родительских правах

ДА

НЕТ

 опекун ребенка

Сведения (документы) о передаче ребенка под опеку и о неполучении денежного содержания на ребенка
наименование документа _____

номер _____

дата выдачи _____

кем выдан _____

Ребенок на полном государственном обеспечении?

находится

не находится

Сведения о прикреплении к медицинской организации

1. Ребенок прикреплен к государственной медицинской организации Московской области?

ДА НЕТ

Документ о заключении врача о необходимости обеспечения полноценным питанием

номер справки _____ дата выдачи _____

кем выдана _____ (наименование медицинской организации)

Сведения о ребенке

ФИО _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)

| | | | |
|---|--|---|--|
| дата рождения _____, пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <small>(число, месяц, год)</small> | | | |
| Сведения (документ), подтверждающие факт рождения ребенка | | | |
| 1. Ребенок родился на территории Российской Федерации? | | | |
| <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ | | |
| <p><input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о рождении</i></p> номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ <small>(наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния)</small> | | | |
| <p><input type="checkbox"/> <i>Документ о рождении ребенка, выданный компетентным органом иностранного государства</i></p> серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ <small>_____</small> | | | |
| Сведения, подтверждающие место жительства ребенка в Московской области | | | |
| <small>(указать адрес регистрации ребенка по месту жительства в Московской области полностью)</small> | | | |
| Дополнительные сведения о заявителе, изменившем фамилию, имя или отчество после рождения ребенка, на которого назначается ежемесячная денежная выплата на питание | | | |
| <small>* (заполняется заявителем только в случае изменения своих фамилии, имени или отчества после рождения ребенка)</small> | | | |
| Сведения (документ) о заключении (расторжении) брака | | | |
| <small>(для заявителя, изменившего свою фамилию в связи с заключением (расторжением) брака)</small> | | | |
| 1. Брак заключен (расторгнут) на территории Российской Федерации? | | | |
| <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ | | |
| <input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о заключении брака</i> | <input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о расторжении брака</i> | <input type="checkbox"/> <i>Документ о заключении брака, выданный компетентным органом иностранного государства</i> | <input type="checkbox"/> <i>Документ о расторжении брака, выданный компетентным органом иностранного государства</i> |
| номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ <small>(наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния)</small> | | серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ <small>_____</small> | |

| | |
|--|------------------------------|
| Сведения (документ) о перемене имени (для заявителя, изменившего свои фамилию, имя или отчество) | |
| 1. Перемена имени произведена на территории Российской Федерации? | |
| <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| <input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о перемене имени</i> номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ <small>(наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния)</small> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Документ о перемене имени, выданный компетентным органом иностранного государства</i> серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ <small>Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области _____.</small> <small>(подпись Заявителя/представителя Заявителя)</small> | |

Прошу перечислять ежемесячную денежную выплату на питание:

- на лицевой счет:** _____,
(номер лицевого счета)
- открытый в _____,
(наименование кредитной организации, иного хозяйствующего субъекта)
- БИК _____ ИНН _____,
- КПП _____.
- в почтовое отделение:** _____,
(номер почтового отделения, адрес)

Достоверность сообщаемых мною сведений на день подачи документов для назначения ежемесячной денежной выплаты на питание подтверждаю.

Предупрежден(а) о возврате выплаты в случае, если выплата произошла по моей вине в следующих случаях:

предоставления документов с заведомо неверными сведениями,
 скрытия данных, влияющих на назначение ежемесячной денежной выплаты на питание.

С Порядком предоставления ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, утвержденным постановлением Правительства Московской области от 26.11.2019 № 868/41

«Об утверждении Порядка предоставления ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет» ознакомлен(а).

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений, указанных в заявлении на предоставление ежемесячной денежной выплаты на питание, предупрежден(а).

Для изготовления электронных образов документов представляю следующие документы:

| № п/п | Наименование документов |
|-------|-------------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

«_____» 20 ____ г. / _____
(подпись Заявителя/представителя Заявителя) (расшифровка подписи)

Заявление и документы _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) Заявителя (представителя Заявителя))
 зарегистрированы _____
(дата и регистрационный номер заявления)

Принял _____ / _____ / «_____» 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка подписи)