

В Администрацию города Свердловска и
Свердловского района Луганской Народной
Республики
От

_____,
Зарегистрирован(а) по адресу:

Фактически проживаю по адресу:

Дата рождения «___» _____ г.

Номер учетной карточки застрахованного
лица _____

Контактный телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас, восстановить выплату пособия _____

Не получала ежемесячно пособие так как _____

Осведомлена о том, что:

1. Недополученные суммы на детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, инвалидам с детства и на детей-инвалидов, а также получателям, которые находились на стационарном лечении (подтверждается справкой лечебного заведения), выплачиваются за период не более трех месяцев, предшествующих месяцу обращения за возобновлением выплаты.
2. Выплата пособия приостанавливается при неполучении пособия (помощи) в течение шести месяцев подряд. Выплата пособия (помощи) возобновляется с 1-го числа месяца, в котором получено соответствующее заявление.

Уведомлена, что выплату пособия восстановят с _____

дата

подпись