

Руководителю государственного
казенного учреждения
Архангельской области

от

фамилия, имя, отчество (последнее при
наличии)

адрес места жительства (места
пребывания):

(почтовый индекс, область, район, город,
село, поселок, деревня, проспект, улица,
дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе от получения мер социальной поддержки

Сообщаю об отказе от получения мер социальной поддержки,
предоставляемых (нужное подчеркнуть):

1) в соответствии со **статьей 12** областного закона
от 05 декабря 2016 года № 496-30-03 "О социальной
поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской
области" моему несовершеннолетнему ребенку _____;

(фамилия, имя, отчество ребенка)

2) в соответствии со **статьей 25** областного закона
от 05 декабря 2016 года № 496-30-03 "О социальной
поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской
области" моей семье с тремя и более детьми, в том числе до
достижения возраста 23 лет.

" ____ " _____ г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты
населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ " ____ " _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА - УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ " ____ " _____ 20 ____ г.