|  |
| --- |
| Директору БУ Республики Алтай «Управление социальной поддержки населения  Кош-Агачского района»  Берсимбаевой Б.Е\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  От:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего:  дата рождения:  **ПАСПОРТ** Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне компенсацию расходов на изготовление и ремонт зубных протезов как:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

К заявлению прилагаю копии документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Перечень представленных документов | Шт. |
| 1. | Копия паспорта (1-й л. и лист с регистрацией) |  |
| 2. | Копия Удостоверения ветерана труда |  |
| 3. | Копия Удостоверения ветерана военной (государственной) службы |  |
| 4. | Копия Удостоверения ветерана ВОВ |  |
| 5. | Копия Свидетельства о реабилитации |  |
| 6. | Копия пенсионного удостоверения |  |

Даю согласие на обработку персональных данных

|  |  |
| --- | --- |
| **Специалист УСПН:** | **Заявитель:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка  Дата: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка  Дата: |