

**Форма заполнения**

В комиссию по назначению государственных пособий семьям, воспитывающим детей, и пособий по временной нетрудоспособности  
**ГУО «Детский сад №24 г. Волковыска»**  
(наименование государственного органа, организации)  
от **Ивановой Ирины Петровны**  
(фамилия, собственное имя, отчество)

\_\_\_\_\_ ,  
(если таковое имеется) заявителя)

проживающей(его) г. **Волковыск, ул. Октябрьская, 55/4**  
**паспорт, КН 111111**

(данные документа, удостоверяющего личность:

**02.05.2001,**

вид документа, серия (при наличии), номер,

**отделом внутренних дел Волковысского райисполкома**

дата выдачи, наименование государственного органа,

**4150479K005PB7**

его выдавшего, идентификационный номер (при наличии)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении государственных пособий семьям, воспитывающим детей**

Прошу назначить **ежемесячное пособие по уходу за ребенком до**  
(указываются виды

**достижения им возраста 3 лет**

\_\_\_\_\_ ,  
государственных пособий)

**Иванова Полина Игоревна, 12.03.2022**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_ .  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

Сообщаю, что уход за ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет:

**Иванова Ирина Петровна, 4150479K005PB7**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица,

\_\_\_\_\_ .  
осуществляющего уход за ребенком, идентификационный номер, указанный в документе, удостоверяющем личность этого лица (при наличии), родственные отношения с ребенком)

Одновременно представляю следующие сведения о дополнительной занятости в период осуществления ухода за ребенком в возрасте до 3 лет: **ИП не являюсь, ЦЗ не**  
(указывается дополнительный

**состою**

\_\_\_\_\_ .  
вид деятельности лица, осуществляющего уход за ребенком в возрасте до 3 лет)

\_\_\_\_\_ .  
Дополнительно сообщаю сведения о родителях ребенка в возрасте до 3 лет (матери (мачехе) в полной семье, родителе в неполной семье), усыновителе (удочерителе) ребенка в возрасте до 3 лет либо о родителях ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет (матери (мачехе), отце (отчине) в полной семье, родителе в неполной семье), усыновителе (удочерителе), опекуне (попечителе) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет (при обращении за назначением пособия по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет или пособия по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в соответствии с пунктом 2 статьи 12, пунктом 3 статьи 18 Закона Республики Беларусь от 29 декабря 2012 года «О

государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 06.01.2013, 2/2005; 15.07.2017, 2/2471):

**Иванова Ирина Петровна**, \_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) указанных лиц,

**4150479K005PB7**

идентификационный номер, указанный в документе, удостоверяющем их личность

**мать** \_\_\_\_\_.

(при наличии), родственные отношения с ребенком)

К заявлению прилагаю документы на **5 л.**

Подтверждаю, что ребенок (дети) воспитывается (воспитываются) в моей семье, проживает (проживают) в Республике Беларусь, не обучается (не обучаются) в дневной форме получения образования за пределами Республики Беларусь, не находится (не находятся) в учреждении образования с круглосуточным режимом пребывания, учреждении социального обслуживания, осуществляющем стационарное социальное обслуживание, детском интернатном учреждении, доме ребенка, приемной семье, детском доме семейного типа, учреждении образования с получением государственного обеспечения, доме ребенка исправительной колонии, учреждении уголовно-исполнительной системы.

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить сведения о своей дополнительной занятости, изменениях в составе семьи и занятости ее членов, зачислении ребенка (детей) в учреждение образования с круглосуточным режимом пребывания, учреждение социального обслуживания, осуществляющее стационарное социальное обслуживание, об отобрании ребенка (детей) из семьи, лишении родительских прав, выезде ребенка за пределы Республики Беларусь сроком более чем на два месяца, проживании ребенка (детей) более 183 дней в году и (или) обучении в дневной форме получения образования за пределами Республики Беларусь, предоставлении матери ребенка отпуска по беременности и родам (в случае если другое лицо находится в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (отпуске по уходу за детьми, предоставляемом по месту службы) или им приостановлена соответствующая деятельность в связи с уходом за ребенком в возрасте до 3 лет) и других обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты государственного пособия или изменение его размера.

Об ответственности за непредставление, несвоевременное представление сведений, влияющих на право на государственное пособие или изменение его размера, либо представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов предупрежден(а).

**05 января 2024 г.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Документы приняты

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы специалиста)

\_\_\_\_\_  
(подпись)