|  |  |
| --- | --- |
|  | В **Лидский райисполком\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** |
|  | (наименование местного исполнительного и распорядительного органа) |
|  | от **Иванова Игоря Иосифовича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** |
|  | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина) |
|  | зарегистрированной(ого) по месту жительства: |
|  | **г. Лида, ул. Фомичева, д. 17, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |
|  | месту пребывания **г. Гродно, ул. Гая, д. 1, кв. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** |
|  | (e-mail, телефон) |
|  | данные документа, удостоверяющего личность:  **паспорт, КН 0000000, 15.12.2010\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  (вид документа, серия (при наличии), номер,  **Лидским РОВД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  дата выдачи, наименование (код) государственного органа, выдавшего  **4100К000РВ8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  документ, идентификационный номер (при наличии) |

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о внесении изменения в решение о назначении семейного капитала и выдаче выписки из решения, принятого на основании настоящего заявления

Прошу внести изменение в решение о назначении семейного капитала от  **01\_** **января** 20**20** г. № **10** в связи с тем, что **в связи со смертью Ивановой Ирины Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) члена семьи,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

которому назначен семейный капитал, и причина, по которой обращение его за открытием

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

счета по учету банковского вклада (депозита) «Семейный капитал» физического лица невозможно)

и выдать выписку из решения, принятого на основании настоящего заявления.

Членом семьи, которому назначен семейный капитал, прошу указать **Иванова Игоря Иосифовича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.01.1985, \_11111К4585РВ8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

дата рождения, идентификационный номер (при наличии)

К заявлению прилагаю следующие документы:

**1)  Паспорт гражданина Республики Беларусь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2**) **Свидетельство о смерти либо справка органа загса, содержащая сведения из записи акта о смерти\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1\_\_** **февраля** 20**\_22\_** г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **И.И.Иванов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия гражданина) |

 Согласна (согласен) на представление по запросу местного исполнительного и распорядительного органа документов и (или) сведений, содержащих информацию обо мне и членах моей семьи, указанных в настоящем заявлении, если такая информация необходима для внесений изменений в решение о назначении семейного капитала.

Документы приняты

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |