Приложение к Порядку деятельности

специализированной службы по вопросам похоронного дела на территории муниципального образования Шахтерский муниципальный округ Донецкой Народной Республики

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю специализированной службы  по вопросам похоронного дела на территории муниципального образования Шахтерский муниципальный округ Донецкой Народной Республики |
| Отметка |
| специализированной службы | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество (при наличии) заказчика) |
| о принятии и исполнении |
| заявления | адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

заявления о предоставлении гарантированного перечня услуг по погребению на безвозмездной основе

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ ОКАЗАНИИ ГАРАНТИРОВАННОГО ПЕРЕЧНЯ УСЛУГ ПО ПОГРЕБЕНИЮ НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЙ ОСНОВЕ

20\_\_\_\_

Являясь лицом, взявшим на себя обязанность осуществить погребение, ПРОШУ оказать мне на безвозмездной основе ГАРАНТИРОВАННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:

ПО ПОГРЕБЕНИЮ умершего (погибшего)

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

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего (погибшего))

на основании документа:

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

(медицинское свидетельство о смерти, свидетельство о смерти выдаваемое органами государственной регистрации записи актов гражданского состояния)

серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано: «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Дата рождения умершего (погибшего) «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата смерти «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_

Я уведомлен(а), что при предоставлении услуг по погребению согласно гарантированному перечню услуг по погребению социальное пособие мне не выплачивается. Подтверждаю, что в случае заказа мной дополнительных ритуальных услуг, предоставляемых сверх гарантированного перечня услуг по погребению, их оплата будет произведена за мой счет.



(подпись заявителя) (расшифровка подписи)