

В ОБУ Центр социальной защиты населения
Грязинского р-на

от _____

проживающего (ей) _____

паспорт _____

дата и место рождения _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежегодной компенсации на оздоровление

В соответствии с действующим Законодательством
прошу назначить и выплатить ежегодную компенсацию на
оздоровление _____ как

_____.
(указать льготную категорию)

Выплату производить через:

(в случае изменения л/счета обязуюсь сообщить в течение 3-х дней)

СБ: _____

ОПС: _____

Дата _____

Подпись _____

Заявление № _____ Принято _____

Специалист _____