

в ОБУ Центр социальной защиты населения
Грязинского р-на

от _____

проживающего(ей) _____

паспорт _____

дата и место рождения _____

контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной компенсации в возмещение вреда, причиненного здоровью в связи с радиационным воздействием на Чернобыльской АЭС

В соответствии с п.15 ч.1 ст. 14 Законом РФ №1244-1 от 15.05.1991г.
прошу выплачивать ежемесячную денежную компенсацию в
возмещение вреда, причиненного здоровью в связи с радиационным
воздействием вследствие чернобыльской катастрофы
как _____

(указать вид льготной категории)

При наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты
ежемесячной денежной компенсации, обязуюсь сообщить об этом в
ОБУ «ЦСЗН по Грязинскому району не позднее 3-х дней со дня
наступления соответствующих обстоятельств.

Выплату производить через сбербанк:

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

Филиал _____

№ счета _____.

Дата _____

Подпись _____
