

22

В ОБУ Центр социальной защиты населения
Грязинского р-на

от _____

проживающего (ей) _____

паспорт _____

дата и место рождения _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежегодной компенсации за вред здоровью

В соответствии с действующим Законодательством прошу
назначить и выплатить ежегодную компенсацию за вред
здоровью _____ 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 _____