В\_администрацию Ленинского района г. Могилева\_\_\_\_\_\_

(наименование местного исполнительного и распорядительного органа)

от \_\_\_\_Иванова\_Сергея Павловича,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

зарегистрированной(ого) по месту жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пр. Шмидта,\_ д. 34, кв. 15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. 41-15-15, 8029-375-14-14\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(e-mail, телефон)

данные паспорта гражданина Республики Беларусь:\_\_\_\_\_\_\_\_

КВ 0391426, Октябрьским РОВД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи,

21.09.2008 г. , № 41209880М023РВ6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование государственного органа, его выдавшего,

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

идентификационный номер)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о внесении изменений в решение о назначении семейного капитала и выдаче выписки из такого решения**

Прошу внести изменения в решение о назначении семейного капитала от \_10\_ \_\_мая\_ 2015\_ г. № \_6-28, так как \_\_\_\_\_\_\_Иванова\_ИринаПетровна\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО члена семьи, которому назначен семейный капитал)

не может обратиться за открытием депозитного счета в связи с \_признанием ее недееспособной\_\_\_\_, и выдать выписку из такого решения.

(указать причину)

\_\_10 \_\_\_\_05\_\_\_ 2015\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1)копия решения суда о признании Ивановой Е.А. недееспособной

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Документы приняты

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) (подпись)