Приложение 6

к Положению о порядке и условиях назначения,  
финансирования (перечисления), распоряжения  
и использования средств семейного капитала  
(в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь 31.12.2024 № 1067)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Администрация Железнодорожного района  г. Гомеля |
| (наименование местного исполнительного и распорядительного органа) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина) |
|  | Зарегистрированной(ого) по месту жительства: |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (наименование населенного пункта, улица, дом, корпус, квартира, телефон) |
|  | Месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (e-mail, телефон)  Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид документа, серия (при наличии), номер, дата выдачи,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование (код) государственного органа, выдавшего документ, идентификационный номер) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о принятии решения о распоряжении средствами семейного капитала после истечения 18 лет с даты рождения ребенка, в связи с рождением (усыновлением, удочерением) которого семья приобрела право на назначение семейного капитала**

Прошу предоставить право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер

(при наличии) члена семьи, которому назначен семейный капитал)

Решение о назначении семейного капитала от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование местного исполнительного и распорядительного органа, принявшего решение о назначении семейного капитала)

Согласие на распоряжение всеми средствами семейного капитала одним членом семьи достигнуто \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать нужное: «достигнуто (прилагается)» или «не достигнуто»)

Сообщаю известные мне сведения о составе семьи на дату подачи заявления:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) | Степень родства | Число, месяц, год рождения | Идентифи-кационный номер (при наличии) | Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на распоряжение средствами семейного капитала, предупреждена(ен).

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить меня по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (инициалы, фамилия гражданина) |
| Документы приняты:  \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. |  |  |
|  |  |  |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) | (инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |
|  |  |  |