

ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ- ЕЛИН ПЕЛИН

ЗАЯВЛЕНИЕ

1.От
/име, презиме, фамилия/

ЕГН, тел. за контакт:

Постоянен адрес: гр./с., община, област

ул.

Настоящ адрес: гр./с., община, област

ул.

2. Данни за втория родител:

.....ЕГН.....
/име, презиме, фамилия/

Постоянен адрес: гр./с., община, област

ул.

Настоящ адрес: гр./с., община, област

ул.

**УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ Г-ЖИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Моля да ми бъде отпусната финансова помощ, съгласно Наредба за реда и условията за отпускане на финансова помощ за новородено дете в Община Елин Пелин, за новороденото ми дете -

.....

/трите имена на детето/

родено на 20__ г.

ПРИЛАГАМЕ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. Заверени копия на личните карти на родителите.
2. Заверени копия от дипломите за завършено образование на родителите.
3. Декларация или удостоверение в оригинал от личния лекар на детето за редовно завършени задължителни имунизации и реимунизации, съгласно актуалния Имунизационен календар на Република България на Регионалната здравна инспекция към Министерството на здравеопазването.
4. Удостоверение за банкова сметка.

Дата:
гр. Елин Пелин

Подпис: 1.

2.