



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
06.05.2025
Регистрационный № 11-420/2025

**МИНИСТЕРСТВО
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

30.04.2025 № 20РД-128
г. Красногорск

**Об утверждении формы заявления
о назначении ежемесячной денежной выплаты на обеспечение
полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей,
а также детей в возрасте до трех лет**

В соответствии с постановлением Правительства Московской области от 15.01.2025 № 10-ПП «Об утверждении Порядка предоставления ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет и внесении изменения в Положение о Единой автоматизированной информационной системе обеспечения социальной защиты и социального обслуживания населения Московской области «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области»:

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет.

2. Признать утратившим силу распоряжение Министерства социального развития Московской области от 08.10.2021 № 20РВ-192 «Об утверждении формы заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет».

3. Управлению организации деятельности структурных подразделений Министерства социального развития Московской области обеспечить официальное размещение (опубликование) настоящего распоряжения на официальном сайте Министерства социального развития Московской области <http://msr.mosreg.ru> в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Управлению по работе с документами и обеспечения деятельности Министерства социального развития Московской области направить копию настоящего распоряжения:

в 7-дневный срок после дня первого официального опубликования в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Московской области;

в течение 5 рабочих дней со дня регистрации в прокуратуру Московской области;

в течение 3 рабочих дней со дня государственной регистрации в Министерство информации и молодежной политики Московской области электронного образа настоящего распоряжения для размещения (опубликования) на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).

5. Настоящее распоряжение вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

6. Контроль за выполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра социального развития Московской области Гордеева С.В.

Министр социального развития
Московской области



А.А. Кирюхин

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением Министерства
социального развития
Московской области
от 30.04.2025 № 20РВ-128

Форма

В _____
(наименование территориального структурного подразделения)

Министерства социального развития Московской области

**Заявление
о назначении ежемесячной денежной выплаты
на обеспечение полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет**

Я, _____,
(указать фамилию, имя, отчество (при наличии) Заявителя полностью)

дата рождения _____, пол ☐ Женский ☐ Мужской,
(число, месяц, год)

СНИЛС _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

(указать почтовый адрес места жительства: индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел: _____, адрес электронной почты: _____.

(документ, удостоверяющий личность)	Серия	
	Номер	
	Дата выдачи	
	Кем выдан	

Сведения о представителе Заявителя (заполняется в случае обращения представителя Заявителя):

(указать фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя Заявителя полностью)

дата рождения _____, пол ☐ Женский ☐ Мужской,
(число, месяц, год)

СНИЛС _____, адрес места жительства: _____

(указать почтовый адрес места жительства: индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел: _____, адрес электронной почты: _____.

(документ, удостоверяющий личность)	Серия	
	Номер	
	Дата выдачи	
	Кем выдан	

Документ, подтверждающий полномочия представителя Заявителя:

(указать наименование документа)

серия _____ номер _____
дата выдачи _____, кем выдан _____.

☐ представлен для изготовления электронного образа документа

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет (далее - ежемесячная денежная выплата на питание).

Выберите категорию заявителя, к которой Вы относитесь, и заполните все необходимые поля в соответствующем блоке заявления

☐ **беременная женщина** (срок беременности не менее 12 (Двенадцати) недель)

Сведения о прикреплении к медицинской организации

1. Вы прикреплены к государственной медицинской организации Московской области?

☐ ДА

☐ НЕТ

☐ *Документ о сроке беременности не менее двенадцати недель и предполагаемой дате родов*

номер справки (при наличии) _____ дата выдачи _____

кем выдана _____
(наименование медицинской организации)

☐ представлен для изготовления электронного образа документа

☐ *Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием*

номер справки (при наличии) _____ дата выдачи _____

кем выдана _____
(наименование медицинской организации)

☐ представлен для изготовления электронного образа документа

В целях назначения ежемесячной денежной выплаты на питание даю согласие:

☐ на получение сведений, подтверждающих:

- срок беременности и предполагаемую дату родов
- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос вышеуказанных сведений возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области _____;
(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

☐ на получение сведений, подтверждающих:

- факт рождения ребенка
- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос вышеуказанных сведений возможен только в случае рождения ребенка и последующего оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области.

В случае невыполнения данных условий информирована о прекращении ежемесячной выплаты по категории «беременная женщина» _____;
(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

☐ на получение сведений, подтверждающих:

- место жительства ребенка, в случае его регистрации по месту жительства в Московской области
- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о месте жительства ребенка возможен только в случае регистрации ребенка по месту жительства в Московской области в срок до исполнения ребенку 6 (Шести) месячного возраста.

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области.

В случае невыполнения данных условий информирована о прекращении ежемесячной выплаты по категории «кормящая мать» _____.
(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

☐ **кормящая мать** (в течение 6 (шести) месяцев с даты родов, при нахождении ребенка исключительно на грудном вскармливании)

Сведения о прикреплении к медицинской организации

1. Ребенок прикреплен к государственной медицинской организации Московской области?

☐ ДА

☐ НЕТ

☐ Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием

номер справки (при наличии) _____ дата выдачи _____

кем выдана _____

(наименование медицинской организации)

☐ представлен для изготовления электронного образа документа

Сведения о ребенке

ФИО _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)

дата рождения _____, пол ☐ Мужской ☐ Женский
(число, месяц, год)

СНИЛС _____.

Сведения (документ), подтверждающие факт рождения ребенка

1. Ребенок родился на территории Российской Федерации?

<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
<input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о рождении</i> номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ (наименование органа, которым произведена государственная _____ регистрация акта гражданского состояния) _____	<input type="checkbox"/> <i>Документ о рождении ребенка, выданный компетентным органом иностранного государства</i> серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> <i>представлен для изготовления электронного образа документа</i>
Дополнительные сведения о заявителе, изменившего фамилию, имя или отчество после рождения ребенка, с рождением которого возникло право на ежемесячную денежную выплату на питание * (заполняется заявителем только в случае изменения своих фамилии, имени или отчества после рождения ребенка)	
Сведения (документ) о заключении (расторжении) брака (для заявителя, изменившего свою фамилию в связи с заключением (расторжением) брака)	
1. Брак заключен (расторгнут) на территории Российской Федерации?	
<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о заключении брака</i> </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о расторжении брака</i> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> <i>Документ о заключении брака, выданный компетентным органом иностранного государства</i> </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> <i>Документ о расторжении брака, выданный компетентным органом иностранного государства</i> </div> </div>
номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ (наименование органа, которым произведена государственная _____ регистрация акта гражданского состояния) _____	серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> <i>представлен для изготовления электронного образа документа</i>
Сведения (документ) о перемене имени (для заявителя, изменившего свои фамилию, имя или отчество)	
1. Перемена имени произведена на территории Российской Федерации?	
<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

<input type="checkbox"/> Реквизиты актовой записи о перемене имени номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ _____ (наименование органа, которым произведена государственная _____ регистрация акта гражданского состояния) _____	<input type="checkbox"/> Документ о перемене имени, выданный компетентным органом иностранного государства серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> представлен для изготовления электронного образа документа
--	--

В целях назначения ежемесячной денежной выплаты на питание даю согласие:

☐ на получение сведений, подтверждающих:

- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области _____;

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

☐ на получение сведений, подтверждающих:

- место жительства ребенка, в случае его регистрации по месту жительства в Московской области

- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о месте жительства ребенка возможен только в случае регистрации ребенка по месту жительства в Московской области в срок до исполнения ребенку 6 (Шести) месячного возраста.

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области.

В случае невыполнения данного условия информирована о прекращении ежемесячной выплаты по категории «кормящая мать» _____.

(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

<input type="checkbox"/> дети (ребенок) в возрасте от 0 (нуля) до 3 (трех) лет (далее – дети, ребенок)	
Выберите категорию законного представителя ребенка	
<input type="checkbox"/> родитель ребенка В отношении ребенка лишен родительских прав или ограничен в родительских правах <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ </div>	<input type="checkbox"/> опекун ребенка <i>Сведения (документы) о передаче ребенка под опеку и о неполучении денежного содержания на ребенка</i> наименование документа _____ _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> представлен для изготовления электронного образа документа

Ребенок на полном государственном обеспечении? <input type="checkbox"/> находится <input type="checkbox"/> не находится	
Сведения о прикреплении к медицинской организации	
1. Ребенок прикреплен к государственной медицинской организации Московской области?	
<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
	<input type="checkbox"/> <i>Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием</i> номер справки (при наличии) _____ дата выдачи _____ кем выдана _____ <small>(наименование медицинской организации)</small> <input type="checkbox"/> представлен для изготовления электронного образа документа
Сведения о ребенке	
ФИО _____, <small>(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)</small> дата рождения _____, пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <small>(число, месяц, год)</small> СНИЛС _____.	
Сведения (документ), подтверждающие факт рождения ребенка	
1. Ребенок родился на территории Российской Федерации?	
<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
<input type="checkbox"/> <i>Реквизиты актовой записи о рождении</i> номер записи акта _____ дата составления записи _____ место государственной регистрации _____ <small>(наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния)</small>	<input type="checkbox"/> <i>Документ о рождении ребенка, выданный компетентным органом иностранного государства</i> серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ <input type="checkbox"/> представлен для изготовления электронного образа документа
Сведения, подтверждающие место жительства ребенка в Московской области	
_____ <small>(указать адрес регистрации ребенка по месту жительства в Московской области полностью)</small>	

Дополнительные сведения о заявителе, изменившего фамилию, имя или отчество после рождения ребенка, на которого назначается ежемесячная денежная выплата на питание

* (заполняется заявителем только в случае изменения своих фамилии, имени или отчества после рождения ребенка)

Сведения (документ) о заключении (расторжении) брака

(для заявителя, изменившего свою фамилию в связи с заключением (расторжением) брака)

1. Брак заключен (расторгнут) на территории Российской Федерации?

☐ ДА

☐ НЕТ

☐ Реквизиты
актовой записи
о заключении
брака

☐ Реквизиты
актовой записи
о расторжении брака

☐ Документ
о заключении брака,
выданный компетентным
органом иностранного
государства

☐ Документ
о расторжении брака,
выданный компетентным
органом иностранного
государства

номер записи акта

дата составления записи

место государственной регистрации

(наименование органа, которым произведена государственная

регистрация акта гражданского состояния)

серия

номер

дата выдачи

кем выдан

☐ представлен для изготовления электронного образа документа

Сведения (документ) о перемене имени

(для заявителя, изменившего свои фамилию, имя или отчество)

1. Перемена имени произведена на территории Российской Федерации?

☐ ДА

☐ НЕТ

☐ Реквизиты актовой записи о перемене имени

номер записи акта

дата составления записи

место государственной регистрации

(наименование органа, которым произведена государственная

регистрация акта гражданского состояния)

☐ Документ о перемене имени, выданный компетентным органом иностранного государства

серия

номер

дата выдачи

кем выдан

☐ представлен для изготовления электронного образа документа

В целях назначения ежемесячной денежной выплаты на питание даю согласие:☐ на получение сведений, подтверждающих:

- необходимость обеспечения полноценным питанием

Запрос сведений о необходимости обеспечения полноценным питанием возможен только в случае оказания медицинских услуг в государственной медицинской организации Московской области _____
(подпись Заявителя/представителя Заявителя)

Прошу перечислять ежемесячную денежную выплату на питание:

☐ **на лицевой счет:** _____,
(номер лицевого счета)

открытый в _____,
(наименование кредитной организации, иного хозяйствующего субъекта)

БИК _____ ИНН _____,

КПП _____.

☐ **в почтовое отделение:** _____,
(номер почтового отделения, адрес)

С Порядком предоставления ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, утвержденным постановлением Правительства Московской области от 15.01.2025 № 10-ПП «Об утверждении Порядка предоставления ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет и внесении изменения в Положение о Единой автоматизированной информационной системе обеспечения социальной защиты и социального обслуживания населения Московской области «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области» ознакомлен(а).

О праве самостоятельно представить документы, запрашиваемые в рамках межведомственного информационного взаимодействия, уведомлен (а).

Полноту и достоверность сообщаемых мною сведений для назначения ежемесячной денежной выплаты на питание подтверждаю.

Об ответственности за исполноту и (или) недостоверность предоставленных сведений, указанных в заявлении на назначение ежемесячной денежной выплаты на питание, предупрежден(а).

Предупрежден(а) о возврате выплаты в случае нарушения заявителем требований Порядка.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись Заявителя/представителя Заявителя) (расшифровка подписи)