



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

№ 18

№ 18

г. Тамбов

Об утверждении формы заявления о предоставлении ежемесячной денежной выплаты гражданам, имеющим детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания

В соответствии с Законом Тамбовской области от 31.10.2025 № 735-З «О ежемесячной денежной выплате гражданам, имеющим детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания» и пунктом 2.1.1 Порядка предоставления ежемесячной денежной выплаты гражданам, имеющим детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания, утвержденного постановлением Правительства Тамбовской области от 23.12.2025 № 717 «Об утверждении Порядка и условий предоставления ежемесячной денежной выплаты гражданам, имеющим детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания», **п р и к а з ы в а ю**

1. Утвердить форму заявления о предоставлении ежемесячной денежной выплаты гражданам, имеющим детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания, согласно приложению.

2. Опубликовать настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru), на сайте сетевого издания «Тамбовская жизнь» (www.tamlife.ru) и разместить на официальном сайте министерства социальной защиты и семейной политики Тамбовской области в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его первого официального опубликования.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. министра социальной защиты
и семейной политики Тамбовской области

К.В. Трунова

ПРИЛОЖЕНИЕ
УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства социальной
защиты и семейной политики

Тамбовской области

от 02.06.2026 № 18

Форма

заявления о предоставлении
ежемесячной денежной выплаты
гражданам, имеющим детей,
страдающих целиакией, и (или)
детей, страдающих
фенилкетонурией, которым
назначена диетотерапия
с использованием низкобелковых
продуктов питания

Директору _____

(наименование организации,
фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении ежемесячной денежной выплаты гражданам, имеющим
детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих
фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием
низкобелковых продуктов питания
(далее – ежемесячная денежная выплата)

Прошу предоставить ежемесячную денежную выплату в размере
5 000 рублей.

1. Сведения о заявителе
ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (дд.мм.гггг.) _____

Сведения о документе,
удостоверяющем личность¹ _____

(вид документа)

Гражданство

Адрес места жительства по месту
постоянной регистрации или адрес
места жительства по месту
пребывания

СНИЛС

Контактный телефон

Электронная почта

(серия и номер документа)

(дата выдачи)

(наименование органа, которым выдан документ)

2. Сведения о детях заявителя²
ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения (дд.мм.гггг)

(вид документа)

(серия и номер документа)

Сведения о документе,
удостоверяющем личность

(дата выдачи)

(наименование органа, которым произведена
государственная регистрация акта гражданского
состояния)

Гражданство

Адрес места жительства по месту
постоянной регистрации или адрес
места жительства по месту
пребывания

СНИЛС

(номер записи акта)

Реквизиты записи акта о рождении

(дата составления записи акта)

(наименование органа, которым произведена
государственная регистрация акта гражданского
состояния)

3. Сделайте отметку в соответствующем квадрате для определения способа перечисления единовременной денежной выплаты

 Через кредитную организацию:

наименование кредитной организации	
БИК кредитной организации	
номер счета заявителя	

 Через почтовое отделение:

адрес получателя	
номер почтового отделения	

К заявлению прилагаю следующие документы:

Перечень документов	Кол-во	Оригинал/копия
1.		
2.		
3.		

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам _____
(подпись специалиста)

Заявление и документы гражданки (гражданина) _____ зарегистрированы _____
(регистрационный номер заявления)

Принял

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

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись заявителя _____

1 В случае указания в качестве документа, удостоверяющего личность, паспорта гражданина Российской Федерации указываются серия и номер, дата выдачи паспорта, код подразделения, выдавшего паспорт, наименование органа, выдавшего паспорт.

В случае указания в качестве документа, удостоверяющего личность, свидетельства о рождении указываются реквизиты записи акта о рождении – номер записи акта, дата составления записи акта, наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния.

2 Заполняется на детей, страдающих целиакией, и (или) детей, страдающих фенилкетонурией, которым назначена диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания.