

Шаг 1

Предоставление региональной единовременной выплаты семьям, имеющим детей, больных фенилкетонурией

Шаг 1

Шаг 2

Шаг 3

Шаг 4

Шаг 5

Общие сведения о заявителе

☐ Являюсь представителем заявителя

Шаг 2

Заявитель

Блок:персональная информация о заявителе

Проверьте и подтвердите личную информацию

Фамилия заявителя

Имя заявителя

Отчество заявителя

Заполняется при наличии

Дата рождения заявителя

СНИЛС заявителя

E-Mail заявителя

Мобильный телефон заявителя

Шаг 3

Информация по документу, удостоверяющему личность заявителя

Проверьте и подтвердите личную информацию

Документ, удостоверяющий личность

Паспорт гражданина РФ



Серия документа

Номер документа

Кем выдан

Дата выдачи документа

Шаг 4

Адрес регистрации заявителя

Индекс

Населенный пункт

Улица

Дом

Строение

Необязательно

Квартира

☐ Фактический адрес места жительства отличается от места регистрации

Необязательно

☐ Имеется адрес временной регистрации

Необязательно

Шаг 5

Персональная информация о ребенке

Заполняется при наличии

Необязательно

Необязательно

Информация по документу, удостоверяющему личность ребенка

Документ, удостоверяющий личность

Свидетельство о рождении



Свидетельство о рождении

Пример: IV-ЛД

Пример: 123456

+ Добавить

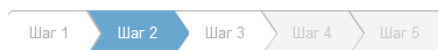
введите/проверьте информацию
о ребенке/детях, нажмите

Описание услуги

Сохранить черновик

Шаг 2

Шаг 6



Члены семьи

☐ Ввод сведений о членах семьи

Необязательно



Шаг 7

Информация от заявителя

Реквизиты заявителя для получения выплат

Способы получения выплат

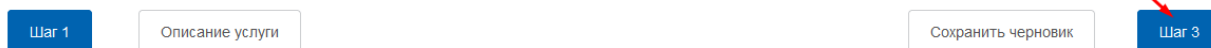
- ☒ Почтовый перевод
☐ Банковский перевод

выберите способ получения выплаты
и подтвердите сведения

Адрес для почтового перевода
Адрес проживания

Блок с дополнительной информацией от заявителя

☒ Правильность сообщаемых сведений подтверждаю



Шаг 8

Документы

 Перетащите файлы сюда или [загрузите вручную](#)

Для загрузки выберите файл с расширением *.JPG, *.XLSX, *.PDF, *.RTF, *.PNG, *.DOC, *.JPEG, *.XLS, *.DOCX. Минимально допустимый размер файла — 1 Байт. Количество файлов не больше 10.

Документ, подтверждающий сумму понесенных гражданами расходов

 Перетащите файлы сюда или [загрузите вручную](#)

Для загрузки выберите файл с расширением *.JPG, *.XLSX, *.PDF, *.RTF, *.PNG, *.DOC, *.JPEG, *.XLS, *.DOCX. Минимально допустимый размер файла — 1 Байт. Количество файлов не больше 10.

- приобретение назначенных по медицинским показаниям дорогостоящих изделий, средств и приспособлений медицинского назначения, средств реабилитации, расходных материалов для хирургических операций, лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания

Шаг 3

Описание услуги

Сохранить черновик

Шаг 5

Шаг 4

Описание услуги

Распечатать

Скачать PDF

Сохранить черновик

Отправить

Проверьте Ваше заявление и нажмите

