

Шаг 1

Предоставление регионального материнского (семейного) капитала

Региональный материнский (семейный) капитал предоставляется:

- Одному из родителей (усыновителей), родившему (усыновившему) ребёнка, постоянно проживающему на территории субъекта Российской Федерации
- Совершеннолетнему ребёнку, постоянно проживающему на территории субъекта Российской Федерации, в случаях и порядке, предусмотренных нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации

Срок предоставления услуги 15 рабочих дней

Результатом предоставления услуги является решение о предоставлении права на региональный материнский (семейный) капитал или решение о распоряжении средствами регионального материнского (семейного) капитала

Обратите внимание, что условия оказания услуги могут отличаться в зависимости от субъекта Российской Федерации. Рекомендуем ознакомиться с региональным законодательством

Начать

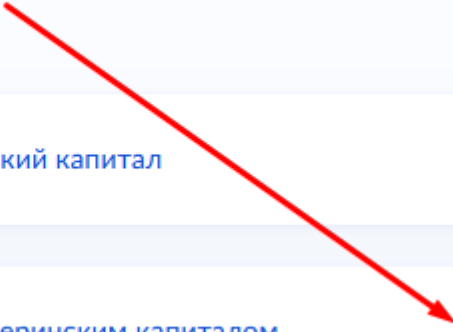
Шаг 2

[< Назад](#)

Цель обращения

Право на региональный материнский капитал >

Распоряжение региональным материнским капиталом >



Шаг 3

[< Назад](#)

Кто обращается за услугой?

Заявитель >

Представитель заявителя >

Шаг 4

Сведения о заявителе

Дата рождения

СНИЛС

Паспорт гражданина РФ

Серия и номер

Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

Проверьте личные данные и
подтвердите их.

 [Изменить](#)

Верно

Шаг 5

Кем вы являетесь?

Мать

если, то ШАГ 6



если, то заполните/прекрепите
требуемые сведения/документы/обоснования

Совершеннолетний ребёнок



и перейдите к ШАГ 12

Шаг 6

[← Назад](#)

Сведения об ограничениях



Умышленных преступлений в отношении ребёнка, в связи с рождением которого возникло право на материнский капитал, не совершал(а)

Далее

Шаг 7

[← Назад](#)

Укажите цели для распоряжения материнским капиталом

Укажите СВОИ цели,
введите требуемые сведения/прекрепите подтверждающие документы

- Улучшение жилищных условий
- Получение образования
- Единовременная выплата
- Иное

Далее

Шаг 8

[← Назад](#)

Реквизиты для перечисления денежных средств

Выберите получателя средств

—



БИК или наименование банка получателя

049514608 - АБАКАНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8602 ПАО СБ...



Ввести реквизиты банка вручную

В случае, если БИК или наименования банка получателя средств нет в справочнике, введите их вручную

Далее

Шаг 9

< Назад



Выберите подразделение

Адрес или название



**Государственное областное
казенное учреждение
«Центр социальной
поддержки населения по
Кольскому району»**

Адрес

Мурманская область, г.Кола, ул. Победы, д. 9

Наименование

ГОКУ «ЦСПН по Кольскому району»

Выбрать