Приложение № 3

к Административному регламенту предоставления Министерством социальной защиты населения Московской области государственной услуги по осуществлению выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим место жительства в Московской области и имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации уплаченной ими страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств

Руководителю

(наименование территориального структурного подразделение Министерства)

(Фамилия, имя, отчество)

от

(Фамилия, имя, отчество)

проживающего (ей)

паспорт или иной документ удостоверяющий личность в соответствии с законодательством Российской Федерации

серия №

выдан

« » г.

**Заявление о выплате компенсации**

Прошу выплатить мне компенсацию уплаченной мной страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств через:

почтовое отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты кредитного учреждения, номер лицевого счета)

Обязуюсь при закрытии (изменении) лицевого счета сообщить об этом в трехдневный срок.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) \_\_

2) \_\_

3) \_.

Дата подачи заявления Подпись заявителя

Сведения, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Регистрационный номер заявления

Дата приема заявления

Подпись специалиста