

Административная процедура 2.35.
Выплата пособия на погребение

Руководителю

(наименование организации, ее филиала)

(фамилия, собственное имя, отчество

(если таковое имеется) заявителя)
проживающей(его) _____
(адрес места жительства (пребывания))

(данные документа, удостоверяющего личность:

вид документа, серия (при наличии), номер,

дата выдачи, наименование государственного органа, его

выдавшего, идентификационный номер (при наличии)
тел.: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выплате пособия на погребение**

1. Прошу выплатить пособие на погребение умершего

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

родственные отношения (мать, отец, сын, дочь и т.п.) либо иное по отношению к умершему (сосед и т.п.)

адрес места жительства (места пребывания) до дня смерти

пенсию получал (не получал)

дата смерти

2. Сообщаю сведения о том, что:

являюсь лицом, взявшим на себя организацию погребения умершего;

не имею права на возмещение расходов на погребение в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

не обращался в специализированные организации за получением на безвозмездной основе гарантированных услуг по погребению;

не являюсь индивидуальным предпринимателем либо представителем юридического лица, оказывающим услуги по погребению.

Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.

_____ 20__ г.
(дата подачи заявления)

(подпись заявителя, фамилия, инициалы)

Перечень представленных документов	Количество листов
1. Справка о смерти - в случае, если смерть зарегистрирована в Республике Беларусь	
2. Свидетельство о смерти - в случае, если смерть зарегистрирована за пределами Республики Беларусь	
3. Свидетельство о рождении (при его наличии) - в случае смерти ребенка	

4. Справка о том, что умерший в возрасте от 18 до 23 лет на день смерти являлся обучающимся - в случае смерти лица в возрасте от 18 до 23 лет	
5. Трудовая книжка и (или) другие документы о стаже работы умершего (при их наличии) - в случае смерти лица, на которое по данным индивидуального (персонифицирующего) учета государственное социальное страхование распространялось менее 10 лет	

Принял _____. _____ 20____

_____. _____
(подпись специалиста, принявшего заявление,
инициалы, фамилия)