
(համապատասխան պետական մարմնի

սոցիալական ապահովության խնդիրներ

իրականացնող ստորաբաժանման ղեկավարի անունը, ազգանունը)

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

ՁԻՆԾԱՌԱՅՈՂԻ ԿՅԱՆՔԻՆ ՊԱՏՃԱՌՎԱԾ ՎՆԱՍԻ ԴԻՄԱՑ ՀԱՏՈՒՑՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ

1. Հայտնում եմ Ձեզ, որ _____
(զոհված (մահացած) կամ անհայտ կորած զինծառայողի ծառայության տեսակը,
կոչումը, անունը, հայրանունը, ազգանունը, ծննդյան օրը, ամիսը, տարին, հաշվառման հասցեն)
(զորամասը, զոհվելու (մահանալու) կամ անհայտ կորելու օրը, ամիսը, տարին)
(զոհվելու (մահանալու) կամ անհայտ կորելու վայրը և պատճառը, մահվան վկայական
տալու օրը, ամիսը, տարին համարը, անհայտ բացակայող ճանաչելու մասին դատական ակտի
կայացման օրը, ամիսը, տարին և համարը)

2. Դիմումին կից ներկայացնում եմ հետևյալ փաստաթղթերը՝

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Հատուցման գումարն ստանալու իրավունք ունեցող շահառուներն են՝

Շահառու (ազգակցական կապը, իսկ քրոջ և եղբոր դեպքում՝ նաև կարգավիճակը, վերջիններիս բացակայության դեպքում՝ այլ անձը)	Շահառուի անունը, հայրանունը, ազգանունը, ծննդյան օրը, ամիսը, տարին, հաշվառման հասցեն, հեռախոսահամարը (Էլեկտրոնային հասցե)	Շահառուների համաձայնությունը՝ հատուցման գումարը շահառուներից մեկին հատկացնելու կամ ցանկությունը՝ հատուցման գումարի բաժանելու վերաբերյալ	Շահառուի (շահառուների) ստորագրությունը
1	2	3	4

1) աղյուսակի 1-ին սյունակում քրոջ և եղբոր կարգավիճակը լրացվում է՝
ա. մինչև 18 տարեկան՝ նշվում է ծննդյան օրը, ամիսը, տարին, ծննդյան վկայականի
համարը,

բ. 18 տարին լրացած և անգործունակ, նշվում է անգործունակ ճանաչելու մասին
դատական ակտի կայացման օրը, ամիսը, տարին, համարը,

գ. մինչև 23 տարեկան և առկա ուսուցմամբ սովորող՝ նշվում է ուսումնական
հաստատության տեղեկանք տալու օրը, ամիսը, տարին, համարը,

դ. 18 տարին լրացած և հաշմանդամություն ունեցող՝ նշվում է հաշմանդամության խումբը
և հաշմանդամ ճանաչելու վերաբերյալ ԲՄՓՀ տեղեկանք տալու օրը, ամիսը, տարին, համարը,
վերափորձաքննության օրը, ամիսը, տարին, գինձառայողին խնամակալ ճանաչելու մասին
իրավասու մարմնի որոշման օրը, ամիսը, տարին, համարը, ծնողների մահվան վկայականներ
տալու օրը, ամիսը, տարին, համարները կամ ծնողների հաշմանդամության խումբը և
աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության սահմանափակման աստիճանը,
հաշմանդամ ճանաչելու վերաբերյալ ԲՄՓՀ տեղեկանքներ տալու օրը, ամիսը, տարին,
համարները, վերափորձաքննության օրը, ամիսը, տարին.

2) աղյուսակի 1-ին սյունակում այլ անձանց վերաբերյալ լրացվում է՝

ա. դատական ակտի կայացման օրը, ամիսը, տարին, համարը.

բ. հաշմանդամ ճանաչելու վերաբերյալ ԲՄՓՀ տեղեկանք տալու օրը, ամիսը, տարին,
համարը, վերափորձաքննության օրը, ամիսը, տարին կամ աշխատանքային կենսաթոշակ
ստանալու հանգամանքը հաստատող տեղեկանք տալու օրը, ամիսը, տարին, համարը.

3) աղյուսակի 3-րդ սյունակում յուրաքանչյուր շահառուի մասով նշվում են՝

ա. «Համաձայն եմ գումարը շահառուներից մեկին (նշվում է տվյալ շահառուի անունը,
հայրանունը, ազգանունը) հատկացմանը» կամ

բ. «Ինձ հասանելիք գումարն առանձնացնել և հատկացնել ինձ».

4) աղյուսակի 4-րդ սյունակում յուրաքանչյուր շահառու անձամբ ստորագրում է իր մասի
դիմաց:

Դիմող

(ստորագրությունը, անունը, ազգանունը)

20 թ.