И.О. Начальника муниципального учреждения «Отдел образования Администрации Мясниковского района»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Толохяну Андрею Арсеновичу

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ |
| Прошу назначить компенсацию части платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за ребенком, осваивающим образовательную программу дошкольного образования в организации, осуществляющей образовательную деятельность:**МБДОУ ЦРР детский сад №27 «Ласточка»** |
| Сведения о родителе (законном представителе) ребенка, обратившемся в уполномоченный орган за предоставлением государственной услуги (далее - заявитель): |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии): |  |
| Дата рождения: |  |
|  | (день, месяц, год) |
| Пол: |  |
|  | (мужской, женский) |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета: |  |
| Гражданство: |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность: |
| Наименование документа, серия, номер: |  |
| Дата выдачи: |  |
| Кем выдан, код подразделения: |  |
| Номер телефона(при наличии): |  |
| Адрес электронной почты(при наличии): |  |
| Адрес фактического проживания: |  |
| Статус заявителя: |  |
|  | (родитель (усыновитель), опекун) |
| Сведения о ребенке, осваивающем образовательную программу дошкольного образования в организации, осуществляющей образовательную деятельность: |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии): |  |
| Дата рождения: |  |
|  | (день, месяц, год) |
| Пол: |  |
|  | (мужской, женский) |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета: |  |
| Гражданство: |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность ребенка: |
| Реквизиты записи акта о рождении или свидетельства о рождении: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Сведения о других детях в семье для определения размера компенсации в соответствии с частью 5 статьи 65 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии); дата рождения; пол; страховой номер индивидуального лицевого счета;  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_гражданство; данные документа, удостоверяющего личность) |
|  |
| Компенсацию прошу перечислять посредством (по выбору заявителя): |
| через организацию почтовой связи: |  |
|  | (адрес, почтовый индекс) |
| на расчетный счет: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | (номер счета; банк получателя; БИК; корр. счет; ИНН; КПП) |
| Способ получения результата рассмотрения заявления: |
| К заявлению прилагаются: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (перечень документов, предоставляемых заявителем при подаче заявления в уполномоченный орган) |
| Своевременность и достоверность представления сведений при изменении оснований для предоставления компенсации гарантирую. |
| Дата заполнения: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.» |
|  |  |  |
| (подпись заявителя) |  | (расшифровка подписи) |