Утверждено приказом Министерства

образования и науки Республики Коми

от 27 декабря 2023 г. № 815

Руководителю «Управления образования

администрации муниципального района

"Сыктывдинский" Республики Коми"

наименование уполномоченного органа

органа местного самоуправления

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставления компенсации родителям (законным представителям) платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования на новый срок

В соответствии с пунктом 26 Порядка обращения родителей (законных представителей) за получением компенсации платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования, порядка ее выплаты и порядка определения состава семьи, среднедушевого дохода семьи для предоставления компенсации, утвержденного постановлением Правительства Республики Коми от 14 февраля 2007 г. № 20 «О компенсации родителям (законным представителям) платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования» прошу предоставить компенсацию на новый срок на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

|  |
| --- |
| Способ получения результата рассмотрения заявления: |
| **Дошкольное учреждение (бумажный вариант)** |
| Номер телефона Заявителя |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Согласие на обработку персональных данных, оформленное в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=353F971DA377D5FDE4E307248FCB35FE5DE56089962D9ADF14F6E7F0DD3425DB82E9E809084E58FCC81D0DD8A5v2v6I) «О персональных данных», на \_\_\_ л. в 1 экз. |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |

Своевременность и достоверность представления сведений при изменении оснований для предоставления компенсации гарантирую.

С целью определения состава и среднедушевого дохода семьи для предоставления компенсации сообщаю сведения о составе моей семьи [<\*>](#P449):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. члена семьи | Степень родства | Социальный статус, вид дохода (при наличии) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

Сообщаю, что моя семья является получателем соответствующего вида государственной социальной помощи в соответствии с Законом Республики Коми «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми» на дату обращения за компенсацией. <\*\*>

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | | | |
| (подпись заявителя) | | |  | | | (расшифровка подписи) | | | |
| Дата заполнения: |  |  | |  | 20 | |  | г. |

<\*> - не заполняется в случае, если семья является получателем соответствующего вида государственной социальной помощи в соответствии с Законом Республики Коми «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми» на дату обращения за компенсацией;

<\*\*> - в ставится V, в случае, если семья является получателем соответствующего вида государственной социальной помощи в соответствии с Законом Республики Коми «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми» на дату обращения за компенсацией.