|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю комитета образованияадминистрации городского округа«Город Чита» О.И. Кирикот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. родителя полностью)*Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ лицевого счета ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ ДОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить компенсацию части платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми, осваивающими образовательные программы дошкольного образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_г.р.)\_\_\_\_\_\_\_ч.\_\_\_\_\_\_

(Заполняется *Ф.И.О. ребенка* ***поступившего*** *в детский сад, год рождения,* ***часы посещения***)

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_г.р.)\_\_\_\_\_\_\_ч.\_\_\_\_\_\_

(Заполняется *Ф.И.О. ребенка* ***поступившего*** *в детский сад, год рождения,* ***часы посещения***)

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_г.р.)\_\_\_\_\_\_\_ч.\_\_\_\_\_\_

(Заполняется *Ф.И.О. ребенка* ***поступившего*** *в детский сад, год рождения,* ***часы посещения***)

Компенсацию прошу выплачивать на лицевой счет:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Компенсация назначается с месяца предоставления документов**. С установленным порядком назначения и выплаты компенсации ознакомлен (а), обязуюсь их выполнять. Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю, обязуюсь своевременно информировать отдел компенсаций комитета образования городского округа г.Чита об изменении условий, обязательных для получения компенсации (перемена фамилии, детского сада и других обстоятельствах, влияющих на выплату данной компенсации). Даю согласие на передачу и получение сведений и документов, касающихся данной выплаты, заинтересованным учреждениям. Даю согласие на обработку персональных данных.

К заявлению прилагаю:

1. Копию паспорта (первая страница).
2. Копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) родителя
3. Копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) ребенка (детей) , посещающего дошкольное образовательное учреждение.
4. Копию свидетельства о рождении ребенка (**всех детей в семье**).
5. Копию сберегательной книжки (Сбербанк) или выписку с лиц. счета банковской карты.
6. Копию свидетельства о заключении брака или смене фамилии (в случае изменения Ф.И.О. родителя, указанных в свидетельстве о рождении ребенка).
7. Копия справки с органов социальной защиты населения, подтверждающая статус малоимущей семьи.

 В случае назначения компенсации, уведомление в письменном виде не требуется.

 «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата сдачи в отдел компенсации) (подпись заявителя)*

**Документы приняты в ДОУ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Ф.И.О. ответственного за прием документов)**

***Все поля обязательны для заполнения!***

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

(заполняется специалистом отдела компенсации)

**Заявление принял (а)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. специалиста) (подпись)*

Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.