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

Р О С С И Й С К А Я Ф Е Д Е Р А Ц И Я

А Д М И Н И С Т Р А Ц И Я ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД Ч И ТА»

**КОМИТЕТ ОБРАЗОВАНИЯ**

**АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД ЧИТА»**

672000, г. Чита, ул. Забайкальского рабочего, д. 94

 телефон: 32-30-28

Председателю комитета образования

администрации городского округа

«Город Чита» О.И. Кирик

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. родителя)*

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплатить ежемесячную компенсацию на воспитание и обучение ребенка-инвалида

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

 (*Ф.И.О. ребенка*)

на дому в соответствии с Законом Забайкальского края от 08.12.2014 г. № 1097-33 К «Об отдельных вопросах организации обучения детей-инвалидов по основным общеобразовательным программам на дому».

К заявлению прилагаю:

1. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя (первая страница);
2. Копию свидетельства о рождении ребенка-инвалида; для детей-инвалидов старше 14 лет – копию документа удостоверяющего личность;
3. Копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) родителя и ребенка-инвалида;
4. Копию документа об открытии в банке счета на имя заявителя;
5. Копию документа, подтверждающего факт установления инвалидности, выдаваемого федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;
6. Копию медицинского заключения с указанием рекомендуемой формы обучения ребенка-инвалида;
7. Справку из органа управления образованием по месту проживания ребенка-инвалида на дому.

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

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

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

 *(Ф.И.О. специалиста) (подпись)*

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

 ИНВАЛИДАМ

1. медико-социальную экспертизу об установлении инвалидности
2. медицинское заключение о рекомендуемой форме обучения
3. справку из школы о зачислении в класс

 в каб. 210 справка для школы.