Директору

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

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

(Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося)

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

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

проживающего по адресу:

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

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

(почтовый адрес регистрации по паспорту, телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении денежной компенсации за питание обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, получающего образование на дому

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося)

прошу предоставить денежную компенсацию за питание моего сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка)

ученика(цы) «\_\_\_\_\_» класса, получающего образование на дому.

Сумму денежной компенсации из средств местного бюджета прошу ежемесячно перечислять в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

лицевой счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Порядком организации бесплатного двухразового питания обучающихся с ОВЗ в общеобразовательных организациях муниципального образования Апшеронский район, реализующих образовательные программы начального общего, основного общего, среднего общего образования (далее-Порядок) ознакомлен (а).

В случае изменения оснований для получения компенсации за питание моего ребенка обязуюсь письменно информировать администрацию общеобразовательной организации в течение 5 календарных дней.

Обязуюсь возместить расходы, понесенные МБОУСОШ №2, в случае нарушения моих обязанностей, установленных Положением о выплате денежной компенсации стоимости питания детей с ОВЗ, обучающихся в общеобразовательных организациях муниципального образования Апшеронский район, реализующих образовательные программы начального общего, основного общего, среднего общего образования, получающих образование на дому.

Приложение:

1. заключение психолого-медико-педагогической комиссии, в котором определено, что обучающийся нуждается в предоставлении специальных условий для получения образования;
2. документ, удостоверяющий личность заявителя;
3. свидетельство о рождении обучающегося с ОВЗ;
4. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования получателя денежной компенсации и обучающегося либо документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета и содержащий сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета получателя денежной компенсации и обучающегося с ОВЗ.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                                                        подпись                расшифровка