Приложение

к постановлению

Правительства области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Руководителю | Управления образования | |
|  | | |
| (наименование органа, принимающего решение о предоставлении питания, компенсации расходов на питание) | | |
|  | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о предоставлении бесплатного двухразового питания,  льготного питания, компенсации расходов на питание  (нужное подчеркнуть) | | | |
|  | | | |
| Прошу предоставить бесплатное двухразовое питание, льготное питание, компенсацию расходов на питание (нужное подчеркнуть) | | | |
|  | | | , |
| (фамилия, имя, отчество обучающегося, наименование образовательной организации) | | |  |
|  | | | |
| относящемуся к следующей категории обучающихся 1: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Обучающийся из многодетной семьи |  |
| Обучающийся, состоящий на учете в противотуберкулезном диспансере |  |
| Обучающийся является ребенком-инвалидом, инвалидом |  |
| Обучающийся из малоимущей семьи, родители (законные представители) которого являются получателем ежемесячного пособия в связи с рождением и воспитанием ребенка |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Сведения о заявителе | | | | | |
|  | | | | | |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сведения о документе,  удостоверяющем личность  (вид, дата выдачи, реквизиты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Статус заявителя |  | | | | |
|  | (родитель (усыновитель) опекун) | | | | |
| 2. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления бесплатного двухразового питания, льготного питания, компенсации расходов на питание (нужное подчеркнуть), получения информации из государственной информационной системы "Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере", сообщаю следующие данные: | | | | | |
| Перечень сведений | | Сведения | | |
| Если заявителем (представителем заявителя) не реализовано право по представлению свидетельства о рождении | | | | |
| Дата рождения | |  | | |
| Место рождения | |  | | |
| Место регистрации рождения | |  | | |
| Если не представлена копия удостоверения многодетной семьи | | | | |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося - владельца удостоверения (если владельцем удостоверения является супруг (супруга) заявителя) | |  | | |
| Дата выдачи удостоверения | |  | | |
| Если обучающийся из малоимущей семьи, родители (законные представители) которого являются получателем ежемесячного пособия | | | | |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося, являющегося получателем ежемесячного пособия, данные документа, удостоверяющего личность (в случае, если получателем пособия является супруг (супруга) заявителя) | |  | | |
| Реквизиты записи акта о регистрации брака, в случае, если не представлено свидетельство о регистрации брака и получателем ежемесячного пособия является супруг (супруга) заявителя | |  |  |  |
|  | Номер записи акта |  |
|  |  |  |
|  | Дата составления акта |  |
|  |  |  |
| Наименование органа, которым произведена регистрация акта | | |
| СНИЛС родителя (законного представителя) обучающегося, являющегося получателем ежемесячного пособия | |  | | |
| Если не представлена справка противотуберкулезного диспансера | | | | |
| Наименование противотуберкулезного диспансера | |  | | |
| Если не представлена копия справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности ребенку (в случае, если обучающийся является ребенком-инвалидом, инвалидом) | | | | |
| дата рождения обучающегося | |  | | |
| наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность | |  | | |
| дата установления инвалидности | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Компенсацию расходов на питание прошу перечислять посредством2 (указывается один из способов путем заполнения): | | | | |
| через организацию почтовой связи: | |  |  | |
|  | |  | (адрес, почтовый индекс) | |
| на расчетный счет: | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  | (номер счета; банк получателя; БИК; корр. счет; ИНН; КПП) | |
| К заявлению прилагаются: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| (перечень документов, предоставляемых заявителем (представителем заявителя) при подаче заявления) | | | | |
| --------------------------------  1 Нужное отметить знаком «V».  2 Заполняется при обращении за предоставлением компенсации расходов на питание. | | | | |
|  | | | | |
| «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  | |  |  |
|  |  | | подпись заявителя (представителя заявителя) |  |
| Отметка о принятии заявления:  Дата принятия заявления и приложенных к нему документов «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  Должность специалиста, принявшего документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |