|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № запроса |  |  | Управление дошкольного образования администрации МО ГО «Сыктывкар» |
|  |  |  | Орган, обрабатывающий запрос на предоставление услуги |

|  |
| --- |
| Данные родителя (законного представителя) |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| СНИЛС  |  |
| Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) |
| Вид |  |
| Серия |  | Номер |  |
| Выдан |  | Дата выдачи |  |
| Адрес регистрации родителя (законного представителя)  |
| Индекс  |  | Регион  |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Корпус |  | Квартира |  |
| Адрес места жительства родителя (законного представителя)  |
| Индекс  |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Корпус |  | Квартира |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Контактные данные | Домашний телефон: |
| Сотовый телефон: |
| E-mail: |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

На основании постановления Правительства Республики Коми от 14.02.2007 № 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 платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования (далее – компенсация), на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

посещающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование образовательной организации)

Я предупрежден(а), что компенсация, предоставленная неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на ее предоставление или на исчисление размера, взыскивается в установленном законодательством порядке.

 Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

Я обязуюсь извещать образовательную организацию или уполномоченный законодательством Республики Коми орган о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления компенсации и (или) изменение размера компенсации в течение 10 рабочих дней со дня наступления соответствующих обстоятельств.

С целью определения состава и среднедушевого дохода семьи для предоставления компенсации сообщаю сведения о составе моей семьи\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. члена семьи | Степень родства | Социальный статус, вид дохода (при наличии) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю следующие документы: |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| … |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Дата |  | подпись/расшифровка |

**\*** - не заполняется в случае представления документа о признании в установленном порядке семьи малоимущей