Приложение 1

Утверждено приказом Министерства

образования и науки Республики Коми

от 27 декабря 2023 г. № 815

(Форма)

Руководителю Управления образования АМР «Усть-Цилемский»

наименование уполномоченного органа

органа местного самоуправления

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении компенсации родителям (законным представителям) платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования

Прошу назначить компенсацию платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за ребенком, осваивающим образовательную программу дошкольного образования в организации, осуществляющей образовательную деятельность (далее - компенсация):

(наименование образовательной организации)

Сведения о родителе (законном представителе) ребенка, обратившемся в уполномоченный орган за предоставлением компенсации:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество  (при наличии): |  |
| Дата рождения: |  |
|  | (день, месяц, год) |
| Пол: |  |
|  | (мужской, женский) |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета: |  |
| Гражданство: |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность: | |
| Наименование документа, серия, номер: |  |
| Дата выдачи: |  |
| Кем выдан, код подразделения: |  |
| Номер телефона  (при наличии): |  |
| Адрес электронной почты  (при наличии): |  |
| Адрес фактического проживания: |  |
| Статус заявителя: |  |
|  | (родитель (усыновитель), опекун) |

Сведения о ребенке, осваивающем образовательную программу дошкольного образования в организации, осуществляющей образовательную деятельность:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии): |  |
| Дата рождения: |  |
|  | (день, месяц, год) |
| Пол: |  |
|  | (мужской, женский) |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета: |  |
| Гражданство: |  |

Данные документа, удостоверяющего личность ребенка:

|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты записи акта  о рождении или свидетельства  о рождении: |  |

Сведения о других детях в семье для определения размера компенсации в соответствии с частью 5 статьи 65 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»:

1)

(фамилия, имя, отчество (при наличии); дата рождении; пол; страховой номер индивидуального

лицевого счета; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность)

2)

3)

4)

Сведения об обучении других детей в семье в возрасте от 18 лет до 23 лет по очной форме обучения (в случае если такие дети имеются в семье):

(наименование образовательной организации)

(реквизиты справки с места учебы совершеннолетних детей, подтверждающей обучение по очной форме   
в образовательной организации любого типа независимо от ее организационно-правовой формы   
(за исключением образовательной организации дополнительного образования) (указывается   
при отсутствии у такой образовательной организации технической возможности предоставления   
указанных сведений в рамках межведомственного электронного взаимодействия)

Реквизиты документов, представляемых в соответствии с пунктами 8 и 9 Порядка обращения родителей (законных представителей) за получением компенсации платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования, порядка ее выплаты и порядка определения состава семьи, среднедушевого дохода семьи для предоставления компенсации, утвержденного постановлением Правительства Республики Коми от 14 февраля 2007 г. № 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»:

|  |  |
| --- | --- |
| Компенсацию прошу перечислять посредством (нужное заполнить): | |
| через организацию почтовой связи: |  |
|  | (адрес, почтовый индекс) |
| на расчетный счет кредитной организации: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | (номер счета, банк получателя, БИК, корр. счет, ИНН, КПП) |
| Способ получения результата рассмотрения заявления: | |
|  | |
|  | |

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Согласие на обработку персональных данных, оформленное в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=353F971DA377D5FDE4E307248FCB35FE5DE56089962D9ADF14F6E7F0DD3425DB82E9E809084E58FCC81D0DD8A5v2v6I) «О персональных данных», на \_\_\_ л. в 1 экз. |
| … |  |
| … |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Своевременность и достоверность представления сведений при изменении оснований для предоставления компенсации гарантирую.

С целью определения состава и среднедушевого дохода семьи для предоставления компенсации сообщаю сведения о составе моей семьи [<\*>](#P449):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. члена семьи | Степень родства | Социальный статус, вид дохода (при наличии) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Сообщаю, что моя семья является получателем соответствующего вида государственной социальной помощи в соответствии с Законом Республики Коми «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми» на дату обращения за компенсацией. <\*\*>

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | | | |
| (подпись заявителя) | | |  | | | (расшифровка подписи) | | | |
| Дата заполнения: |  |  | |  | 20 | |  | г. |

<\*> - не заполняется в случае, если семья является получателем соответствующего вида государственной социальной помощи в соответствии с Законом Республики Коми «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми» на дату обращения за компенсацией;

<\*\*> - в ставится V, в случае, если семья является получателем соответствующего вида государственной социальной помощи в соответствии с Законом Республики Коми «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми» на дату обращения за компенсацией.