Главному бухгалтеру филиала №3

МКУ «ЦБ УОН г. Сочи»

Т. А. Толкачевой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя

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

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

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении денежной компенсации за двухразовое горячее питание обучающемуся, из числа детей с ограниченными возможностями здоровья, получающим образование на дому**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

прошу предоставить денежную компенсацию за двухразовое горячее питание моему ребенку

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

(Ф.И.О. обучающегося)

из числа детей с ограниченными возможностями здоровья, ученика (ученицы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, получающего образование на дому.

Сумму денежной компенсации прошу ежемесячно перечислять

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

(наименование банка с указанием с указанием лицевого счета получателя денежной компенсации)

Перечень прилагаемых документов:

1. копия документа, удостоверяющего личность одного из родителей (законных представителей);
2. копия свидетельства о рождении (паспорт) ребенка с ОВЗ;
3. заключение психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК);
4. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) обучающегося;
5. реквизиты расчетного счета заявителя;
6. заявление на обработку персональных данных.

При изменении указанных документов обязуюсь предоставлять обновленные данные в течение 10-ти дней с момента их получения.

С размером денежной компенсации ознакомлен (а).

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

(дата подачи заявления) (подпись заявителя)