

№ запроса	
-----------	--

Управление дошкольного
образования администрации
МО ГО «Сыктывкар»

Орган, обрабатывающий запрос на предоставление услуги

Данные родителя (законного представителя)

Фамилия	Иванов
Имя	Иван
Отчество	Иванович
Дата рождения	01.01.1950
СНИЛС	111-111-111 11
СНИЛС ребенка	222-222-222 22

Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя)

Вид	паспорт		
Серия	0000	Номер	111111
Выдан	ОУФМС России по Республике Коми в г. Сыктывкаре	Дата выдачи	01.01.2001

Адрес регистрации родителя (законного представителя)

Индекс	167000	Регион	Республика Коми
Район		Населенный пункт	г. Сыктывкар
Улица	Петрозаводская		
Дом	1	Корпус	
		Квартира	1

Адрес места жительства родителя (законного представителя)

Индекс	167000	Регион	Республика Коми
Район		Населенный пункт	г. Сыктывкар
Улица	Петрозаводская		
Дом	1	Корпус	
		Квартира	1

Контактные данные	Домашний телефон:
	Сотовый телефон: 8-908-000-0000
	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 **Иванова Петра Ивановича, 01.01.2014**

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

посещающего **МАДОУ «ЦРР-д/сад №116» г. Сыктывкара**
(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)
1	Иванов Иван Иванович	отец	10.2018-12.2018 не работал, доходов не имел С 01.2019 работаю, оплата труда
2	Иванова Мария Ивановна	мать	До 03.2019 – отпуск по ух. до 1,5, пособие, С 03.2019 работает, оплата труда
3	Петров Петр Сергеевич	сын	Школьник, с 01.2019 – алименты, др. доходов не имеет
4	Иванов Петр Иванович	сын	Дошкольник, доходов не имеет

К заявлению прилагаю следующие документы:

1	Согласие на обраб. перс. данных
2	Копии паспортов Иванова И.И., Ивановой М.И.
3	Копия св-ва о браке
4	Копии св-в о рождении детей (2), копия паспорта старшего сына (1)
5	Справки о доходах Иванова И.И. (1), Ивановой М.И. (1)
6	Выписка банка об алиментах на Петрова П.С.

03.10.2019

Иванов / Иванов

Дата

подпись/расшифровка

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