

О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МУНИЦИПАЛЬНОЙ УСЛУГИ

№ запроса	
-----------	--

Управление дошкольного образования
администрации
МО ГО «Сыктывкар»

Данные родителя (законного представителя)

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
СНИЛС	
ИНН	

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 (ЗАПРОС)

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)

посещающего МАДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №89».

(наименование образовательной организации)

СНИЛС ребенка (при наличии): _____

ИНН ребенка (при наличии): _____

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 (запросу) прилагаю следующие документы:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

Дата

подпись/расшифровка

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