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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Заявление (запрос) о предоставлении подуслуги****«Прекращение предоставления компенсации родительской платы****за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях****на территории МО ГО «Сыктывкар», реализующих основную****общеобразовательную программу дошкольного образования"** |
| Данные родителя (законного представителя) |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| СНИЛС |  |
| ИНН |  |
| Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) |
| Вид |  |
| Серия |  | Номер |  |
| Выдан |  |
| Дата выдачи |  | Код подразделения |  |
| 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 прекратить предоставление компенсации родительской платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования (далее – компенсация), на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения, посещающего Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Центр развития ребенка-детский сад № 89».

(наименование образовательной организации)

Свидетельство о рождении ребенка: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер актовой записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

|  |
| --- |
| К заявлению (запросу) прилагаю следующие документы: |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
|  |  |

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