И.о. начальника Управления образования

Администрации города Вологды

С.В. Павлову

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о предоставлении бесплатного двухразового питания,

льготного питания, компенсации расходов на питание

(нужное подчеркнуть)

Прошу предоставить бесплатное двухразовое питание, льготное питание, компенсацию расходов на питание (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество обучающегося, дата рождения, класс)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*МОУ «СОШ № 37*»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

относящемуся к следующей категории обучающихся:

|  |  |
| --- | --- |
| Обучающийся из многодетной семьи |  |
| Обучающийся, состоящий на учете в противотуберкулезном диспансере |  |
| Обучающийся является ребенком-инвалидом, инвалидом |  |
| Обучающийся из малоимущей семьи, родители (законные представители) которого являются получателем ежемесячного пособия в связи с рождением и воспитанием ребенка |  |

**1. Сведения о заявителе**

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющий личность (вид, дата выдачи, реквизиты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Статус заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(родитель (усыновитель) опекун)

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления бесплатного двухразового питания, льготного питания, компенсации расходов на питание (нужное подчеркнуть), получения информации из государственной информационной системы "Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере", сообщаю следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень сведений | Сведения |
| *Если заявителем (представителем заявителя) не реализовано право*  *по представлению свидетельства о рождении* | |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |
| Место регистрации рождения |  |
| *Если не представлена копия удостоверения многодетной семьи* | |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося - владельца удостоверения (если владельцем удостоверения является супруг (супруга) заявителя) |  |
| Дата выдачи удостоверения |  |
| *Если обучающийся из малоимущей семьи, родители (законные представители) которого являются получателем ежемесячного пособия* | |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося, являющегося получателем ежемесячного пособия, данные документа, удостоверяющего личность (в случае, если получателем пособия является супруг (супруга) заявителя) |  |
| Реквизиты записи акта о регистрации брака, в случае, если не представлено свидетельство о регистрации брака и получателем ежемесячного пособия является супруг (супруга) заявителя | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер записи акта  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата составления акта  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование органа, которым  произведена регистрация акта |
| СНИЛС родителя (законного представителя) обучающегося, являющегося получателем ежемесячного пособия |  |
| *Если не представлена справка противотуберкулезного диспансера* | |
| Наименование противотуберкулезного диспансера |  |
| *Если не представлена копия справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности ребенку*  *(в случае, если обучающийся является ребенком-инвалидом, инвалидом)* | |
| дата рождения обучающегося |  |
| наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность |  |
| дата установления инвалидности |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Компенсацию расходов на питание прошу перечислять посредством2 (указывается один из способов путем заполнения): | | |
| через организацию почтовой связи: |  |  |
|  |  | (адрес, почтовый индекс) |

на расчетный счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(номер счета; банк получателя; БИК; корр. счет; ИНН; КПП)

К заявлению прилагаются:

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

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

(перечень документов, предоставляемых заявителем (представителем заявителя) при подаче заявления)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024\_\_\_ год. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись родителя)

Отметка о принятии заявления:

Дата принятия заявления и приложенных к нему документов: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Должность специалиста, принявшего документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_