УТВЕРЖДЕНО

приказом управления образования

Киселевского городского округа № 1020

от 29.12.2020г.

Начальнику управления образования

Киселевского городского округа

Тепловой Е.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении льготы при взимании платы с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми, осваивающими образовательные программы дошкольного образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1. Ф.И.О. заявителя |  |
| 1.2. адрес регистрации |  |
| 1.3. адрес фактического проживания |  |
| 1.4. Ф.И.О. ребенка, год рождения |  |
| 1.5. адрес регистрации ребенка |  |
| 1.6. фактический адрес проживания ребенка |  |
| 1.7. наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность |  |

2. СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ СЕМЬИ ЗАЯВИТЕЛЯ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Ф.И.О. члена семьи | Степень родства  (свойства) | Адрес регистрации | Адрес фактического проживания |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3. прошу предоставить мне льготу с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с тем, что я являюсь:

( нужное отметить)

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1. родители (законные представители), подвергнувшиеся радиационному воздействию вследствие радиационных катастроф. |  |
| 3.2. родители (законные представители) детей- инвалидов, детей с туберкулезной интоксикацией |  |
| 3.3. опекуны детей- сирот и детей, оставшихся без попечения родителей |  |
| 3.4. одинокие родители (законные представители)- инвалиды |  |
| 3.5. одинокие родители (законные представители), являющиеся обучающимися очной формы обучения |  |
| 3.6. родители (законные представители) ВИЧ- инфицированных- детей |  |

также настоящим подтверждаю, что сведения, указанные мною являются достоверными

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_