

Приложение к письму МОиН УР

От \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Форма заявления для назначения и выплаты компенсации для  
родителя, подающего заявления впервые

В \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

(наименование уполномоченной организации, ОМСУ ) <1>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

(Ф.И.О. заявителя полностью)

зарегистрированного по месту

жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Тел№: \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу назначить и выплатить мне компенсацию части платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях, находящихся на территории Удмуртской Республики и реализующих образовательную программу дошкольного образования, за период \_\_\_\_\_,

как родителю (законному представителю), внесшему плату за ребенка

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. ребенка полностью

посещающего \_\_\_\_\_,

наименование и местонахождение образовательной организации

являющегося (первым, вторым, третьим и т.д.) \_\_\_\_\_ ребёнком.

указать очередность рождения словом

Предоставляю сведения о других моих (моей супруги (га)) детях, проживающих со мной:

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. ребенка полностью

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. ребенка полностью

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. ребенка полностью

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка полностью

Предоставляю сведения о составе семьи: <2>

_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	
_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	
_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	
_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	
_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	
_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	
_____	степень родства _____
Ф.И.О. полностью	

Выплату компенсации прошу производить через финансово-кредитное учреждение \_\_\_\_\_, филиал \_\_\_\_\_,

лицевой счет

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Обязуюсь сообщать в \_\_\_\_\_ об обстоятельствах, влекущих  
наименование уполномоченной организации, ОМСУ

утрату права на получение компенсации или изменение размера компенсации, а также об изменении обстоятельств <3> в течение 10 рабочих дней.

Даю свое согласие:

- на проверку представленных сведений о доходах заявителя и членов моей семьи

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

- на обработку персональных данных и их размещение в соответствии с законодательством в федеральных и региональных государственных информационных системах

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

К заявлению прилагаю следующие документы:

Наименование документа	Количество листов
копию документа, удостоверяющего личность заявителя (паспорта)	
копию документа, удостоверяющего личность представителя заявителя (паспорта)	
копию доверенности на предоставление интересов заявителя	
реквизиты расчетного счета заявителя	
копию свидетельства о рождении каждого ребенка, указанного в заявлении	
копию документа, подтверждающего статус законного представителя ребенка (для заявителя, не являющегося родителем ребенка);	
копии иных документов, подтверждающих родство между мной и ребенком (в случае, если родство невозможно установить на основании иных документов (в частности, копия свидетельства об установлении отцовства, копия свидетельства о браке (расторжении брака)	
копию свидетельства о браке между мной и другим супругом (супругой)	

документы, подтверждающие доходы мои и членов моей семьи	
копию документа о страховом номере индивидуального лицевого счёте заявителя	

(ненужное вычеркнуть)

Предоставляю следующие сведения:

Сведения	супруг	супруга
Ф.И.О. (полностью)		
Место работы		
Получает выплаты через Фонд социального страхования (да/нет)		
Является безработным гражданином (да/нет)		
Состоит в службе занятости (да/нет)		
Получает ли социальные выплаты (да/нет)		
Получает ли пенсии (да/нет)		
пенсия по инвалидности (да/нет)		
пенсия по уходу за нетрудоспособными гражданами (да/нет)		
пенсия по старости (да/нет)		
пенсия по уходу за ребёнком-инвалидом (да/нет)		
пенсия по потере кормильца (да/нет)		
Является индивидуальным предпринимателем (да/нет)		
Является самозанятым (да/нет)		
Оплата услуг образовательной организации за счёт средств материнского (семейного) капитала (да/нет)		
СНИЛС (родителей/законных представителей)		
ИНН (второго родителя/законного родителя)		
СНИЛС ребенка-инвалида		
В случае ухода за нетрудоспособными гражданами указать: -ФИО нетрудоспособного гражданина -СНИЛС нетрудоспособного гражданина -дата рождения нетрудоспособного гражданина		

Достоверность и полноту представляемых документов (сведений) подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Информирован (а) об ответственности и правовых последствиях при представлении недостоверных либо неполных сведений о составе семьи, доходах моих и всех членов семьи

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О.

Уведомление (информирование) о результатах рассмотрения заявления прошу сообщить (отметить галочкой)

по телефону \_\_\_\_\_

электронной почтой на адрес \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О.

<1> орган местного самоуправления по месту нахождения муниципальной образовательной организации – если ребенок заявителя посещает муниципальную образовательную организацию;

уполномоченную организацию Министерства – если ребенок заявителя посещает государственную или частную образовательную организацию.

<2> сведения о составе семьи заявителя, учитываемом при исчислении совокупного ежемесячного дохода.

<3> об изменении указанных в заявлении сведений: места жительства; имени, отчества, фамилии; имен, отчеств, фамилий детей; счета в кредитной организации либо наименования кредитной организации; о переводе ребенка из одной образовательной организации в другую образовательную организацию в срок не позднее 10 рабочих дней со дня наступления соответствующего обстоятельства.

Приложение к письму МОиН УР

От \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование уполномоченной организации, ОМСУ ) <1>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя полностью)

зарегистрированного по месту

жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Тел№: \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу назначить и выплатить мне компенсацию части платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях, находящихся на территории Удмуртской Республики и реализующих образовательную программу дошкольного образования, за период \_\_\_\_\_,

как родителю (законному представителю), внесшему плату за ребенка

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. ребенка полностью

посещающего \_\_\_\_\_,  
наименование и местонахождение образовательной организации

являющегося (первым, вторым, третьим и т.д.) \_\_\_\_\_ ребёнком.  
указать очередность рождения словом

Предоставляю сведения о других моих (моей супруги (га)) детях, проживающих со мной:

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. ребенка полностью

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. ребенка полностью

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. ребенка полностью

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. ребенка полностью



Получает выплаты через Фонд социального страхования (да/нет)		
Является безработным гражданином (да/нет)		
Состоит в службе занятости (да/нет)		
Получает ли социальные выплаты (да/нет)		
Получает ли пенсии (да/нет)		
пенсия по инвалидности (да/нет)		
пенсия по уходу за нетрудоспособными гражданами (да/нет)		
пенсия по старости (да/нет)		
пенсия по уходу за ребенком-инвалидом (да/нет)		
пенсия по потере кормильца (да/нет)		
Является индивидуальным предпринимателем (да/нет)		
Является самозанятым (да/нет)		
Оплата услуг образовательной организации за счёт средств материнского (семейного) капитала (да/нет)		
СНИЛС (родителей/законных представителей)		
ИНН (второго родителя/законного родителя)		
СНИЛС ребенка-инвалида		
В случае ухода за нетрудоспособными гражданами указать: -ФИО нетрудоспособного гражданина -СНИЛС нетрудоспособного гражданина -дата рождения нетрудоспособного гражданина		

Достоверность и полноту представляемых документов (сведений) подтверждаю

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О.

Информирован (а) об ответственности и правовых последствиях при представлении недостоверных либо неполных сведений о составе семьи, доходах моих и всех членов семьи

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О.

Уведомление (информирование) о результатах рассмотрения заявления прошу сообщить (отметить галочкой)

- по телефону \_\_\_\_\_  
 электронной почтой на адрес \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О.

<1> орган местного самоуправления по месту нахождения муниципальной образовательной организации – если ребенок заявителя посещает муниципальную образовательную организацию; уполномоченную организацию Министерства – если ребенок заявителя посещает государственную или частную образовательную организацию.

<2> сведения о составе семьи заявителя, учитываемом при исчислении совокупного ежемесячного дохода.

<3> об изменении указанных в заявлении сведений: места жительства; имени, отчества, фамилии; имен, отчеств, фамилий детей; счета в кредитной организации либо наименования кредитной организации; о переводе ребенка из одной образовательной организации в другую образовательную организацию в срок не позднее 10 рабочих дней со дня наступления соответствующего обстоятельства.