

Директору МБОУ СОШ № 21
города Ставрополя
Кизима А.Б.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении выплаты денежной компенсации за двухразовое питание обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья и получающему образование на дому

Я,

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)
проживающий (ая) в городе Ставрополе по адресу:

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, дата выдачи, кем выдан)

(наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя, номер документа,

дата выдачи, кем выдан)

(телефон)

Прошу назначить мне выплату ежемесячной денежной компенсации за двухразовое питание (за исключением каникул, выходных и праздничных дней) обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, получающему образование на дому, зачисленному в

(наименование общеобразовательного учреждения)

(фамилия, имя, отчество)

Ежемесячную денежную компенсацию прошу выплачивать путем перечисления через:

(наименование и реквизиты кредитной организации)

(номер счета)

Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

(дата)

(подпись родителя (законного представителя) обучающегося)

Необходимые документы: копия паспорта заявителя, СНИЛС заявителя, СНИЛС учащегося, свидетельство о рождении, документ на получение льготы. Для обучающихся из многодетной семьи свидетельства о рождении всех детей не достигших 18 лет или справку о составе семьи выданную комитетом труда и социальной защиты администрации города Ставрополя.