|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | РЕГ.№ |  | | ДАТА |  | | Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование учреждения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка)  проживающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства)  телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес эл. почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить и выплатить денежную компенсацию на:

* обеспечение бесплатным одноразовым питанием;
* бесплатным двухразовым питанием моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка; полная дата рождения, школа, класс)

на период обучения по основной общеобразовательной программе с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:

1. Являюсь родителем (законным представителем) ребенка из категории (выбрать из нижеприведенного списка):

* Ребенок-сирота;
* Ребенок, оставшийся без попечения родителей, лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
* Ребенок из семьи, имеющей среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного в Свердловской области;
* Ребенок из многодетной семьи;
* Ребенок с ограниченными возможностями здоровья.

Обязуюсь в течение 5 календарных дней сообщить в образовательную организацию о следующих наступивших обстоятельствах:

1. лишение или ограничение родительских прав (прекращение прав и обязанностей опекуна или попечителя);

2) выезд обучающегося из числа отдельных категорий и (или) обучающегося с ограниченными возможностями здоровья на постоянное место жительства за пределы Свердловской области;

3) убытие обучающегося из числа отдельных категорий и (или) обучающегося с ограниченными возможностями здоровья на длительное лечение (на 21 день или более) в период реализации основных общеобразовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий на основании правового акта образовательной организации;

4) принятие добровольного решения о прекращении выплаты денежной компенсации.

К заявлению прилагаются:

1. Копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя).
2. Копия свидетельства о рождении ребенка (либо копия паспорта ребенка).
3. Сведения о банковских реквизитах и номере лицевого счета заявителя, открытого в кредитной организации Российской Федерации.
4. Заявление о согласии на обработку персональных данных заявителя, обучающегося.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_