|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № запроса |  |  | Управление дошкольного образования администрации МО ГО «Сыктывкар» |
|  |  |  | Орган, обрабатывающий запрос на предоставление услуги |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные родителя (законного представителя) | | | | | | | |
| Фамилия | |  | | | | | |
| Имя | |  | | | | | |
| Отчество | |  | | | | | |
| Дата рождения | |  | | | | | |
| СНИЛС | |  | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) | | | | | | | |
| Вид |  | | | | | | |
| Серия |  | | | Номер |  | | |
| Выдан |  | | | | | Дата выдачи |  |
| Адрес регистрации родителя (законного представителя) | | | | | | | |
| Индекс |  | | | Регион | |  | |
| Район |  | | | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | | | |
| Дом |  | | | Корпус |  | Квартира |  |
| Адрес места жительства родителя (законного представителя) | | | | | | | |
| Индекс |  | | | Регион | |  | |
| Район |  | | | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | | | |
| Дом |  | | | Корпус |  | Квартира |  |
|  |  | | |  |  |  |  |
| Контактные данные | | | Домашний телефон: | | | | |
| Сотовый телефон: | | | | |
| E-mail: | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

На основании постановления Правительства Республики Коми от 14.02.2007 № 20 «О компенсации родителям (законным представителям) платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования» прошу изменить срок предоставления компенсации родительской платы за присмотр и уход за детьми, посещающими образовательные организации на территории Республики Коми, реализующие образовательную программу дошкольного образования (далее – компенсация), на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

посещающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

Я предупрежден(а), что компенсация, предоставленная неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на ее предоставление или на исчисление размера, взыскивается в установленном законодательством порядке.

Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

Я обязуюсь извещать образовательную организацию или уполномоченный законодательством Республики Коми орган о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления компенсации и (или) изменение размера компенсации в течение 10 рабочих дней со дня наступления соответствующих обстоятельств.

|  |  |
| --- | --- |
| К заявлению прилагаю следующие документы: | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Дата |  | подпись/расшифровка |

Приложение к заявлению на изменение срока

предоставления компенсации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О.  всех членов семьи | Степень  родства | Дата рождения  ребенка | Социальный статус, вид дохода (при наличии) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |