

№ запроса	
-----------	--

Управление дошкольного образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»

Орган, обрабатывающий запрос на предоставление услуги

Заявление (запрос) о предоставлении подуслуги «Изменение срока предоставления компенсации родительской платы за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях на территории МО ГО «Сыктывкар», реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования»

Данные родителя (законного представителя)

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
СНИЛС	
ИНН	

Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя)

Вид	
Серия	Номер
Выдан	
Дата выдачи	Код подразделения

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)

« ___ » _____ 20__ года рождения, посещающего _____

_____ (наименование образовательной организации)

Свидетельство о рождении ребенка: серия _____ № _____

Дата выдачи _____ Номер актовой записи _____

СНИЛС ребенка (при наличии): _____

ИНН ребенка (при наличии): _____

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

