Директору МБОУ СОШ № _____
_____(Ф.И.О.)
от_____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)
СНИЛС _____
Адрес фактического проживания_____
_____
_____
(индекс, район, населенный пункт, улица, дом, квартира)
Контактный телефон:_____
(домашний, с указанием кода города, мобильный)

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с законами Краснодарского края от 15 декабря 2004 г.№ 805-КЗ «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований Краснодарского края отдельными государственными полномочиями в области социальной сферы» и от 16 июля 2013 г. *№* 2770—КЗ «Об образовании в Краснодарском крае» прошу предоставить мне ежемесячную денежную компенсацию за ребенка-инвалида (инвалида), не являющегося обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, при предоставлении меры социальной поддержки в виде двухразового бесплатного горячего питания за счет средств краевого бюджета

_____
(фамилия, имя, отчество обучающегося, дата рождения в соответствии с документами, удостоверяющими личность, адрес места проживания)

получающего начальное общее, основное общее и среднее общее образование на дому в соответствии с приказом_____
_____
(наименование муниципальной общеобразовательной организации)

от_____20___г. № _____

Денежную компенсацию прошу перечислять на счет заявителя №_____, открытый в_____
_____

БИК (9 цифр) _____
ИНН (10 цифр) _____
кор/счет *(20 цифр)*_____
№- пластиковой карты_____

Перечень прилагаемых к заявлению документов:

1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____

6) _____

Согласен на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, соответствующее согласие прилагается к настоящему заявлению.

Правильность и достоверность представленных мною сведений подтверждаю, предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложной информации.

Дата _____20_____ Подпись(_____)