|  |  |
| --- | --- |
|  | В администрацию муниципального образования города Братскаот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(указывается фактический адрес проживания)телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Фамилия, имя, отчество представителя заявителя и документ, подтверждающийего полномочия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(при подаче заявления представителем заявителя) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки**

Прошу предоставлять дополнительные меры социальной поддержки, установленные Положением о дополнительных мерах социальной поддержки отдельных категорий семей, имеющих детей, осваивающих образовательные программы дошкольного образования
в муниципальных дошкольных образовательных организациях города Братска, утвержденным решением Думы города Братска от 31.03.2015 № 117/г-Д

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(категория получателя дополнительных мер социальной поддержки)

на ребенка (детей):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

посещающего (посещающих) муниципальную дошкольную образовательную организацию города Братска № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Выплату компенсации прошу осуществлять через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование банка или иной кредитной организации, номер счета получателя дополнительных мер социальной поддержки)

ИНН заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Состав семьи для исчисления среднедушевого дохода семьи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО членов семьи, проживающих совместно с заявителем | Дата рождения членов семьи | Родственные отношения(к заявителю) | Статус / категория (работающий, учащийся, пенсионер, инвалид и др.) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Сведения, необходимые для решения вопроса о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | назначение органами социальной защиты населения областной компенсации родительской платы за посещение ребенком дошкольной организации |  |
| 2. | установление опеки (попечительства) |  |
| 3. | получение пенсии по случаю потери кормильца |  |
| 4. | получение пенсии по старости |  |
| 5. | установление инвалидности |  |
| 6. | осуществление ухода за ребенком-инвалидом, инвалидом I группы, престарелым, нуждающимся в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет |  |
| 7. | признание в установленном порядке безработным |  |
| иные сведения: |
|  |  |  |
|  |  |  |

Справку о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки либо об отказе
в предоставлении дополнительных мер социальной поддержки прошу направить мне одним
из следующих способов:

|  |  |
| --- | --- |
| почтовым отправлением |  |
| через многофункциональный центр[[1]](#footnote-1) |  |
| посредством официального сайта администрации[[2]](#footnote-2) |  |

Обязуюсь известить о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления дополнительных мер социальной поддержки, а также об изменении данных, необходимых для выплаты компенсации (фамилии, имени, отчества ребенка, фамилии, имени, отчества получателя, реквизитов счета получателя, открытого в банке или иной кредитной организации), в письменной форме в течение 5 рабочих дней со дня наступления соответствующих обстоятельств или изменения указанных данных с приложением подтверждающих документов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

1. *Указанный способ получения справки возможен только в случае подачи заявления
и документов через многофункциональный центр.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Указанный способ получения уведомления возможен только в случае подачи заявления
и документов посредством официального сайта администрации.* [↑](#footnote-ref-2)