Руководителю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении льготного питания

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Проживающая (ий) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия |   | Дата выдачи |   |
| Номер |   | Дата рождения |   |
| Кем выдан |   |

документ, подтверждающий наличие льготы\*\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа |  |
| Номер документа |  |
| Дата выдачи |  |

прошу предоставить льготное питание моему(ей) сыну (дочери), подопечному (подопечной) (ненужное зачеркнуть)

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

(указывается фамилия, имя, отчество обучающегося)

относящемуся к следующей категории обучающихся\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Обучающийся из многодетной семьи |   |
| Обучающийся, состоящий на учете в противотуберкулезном диспансере |   |
| Обучающийся из малоимущей семьи  |   |

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

\* нужное отметить знаком «v».

\*\* заполняется в непредставления копий удостоверения многодетной семьи и справки из противотуберкулезного диспансера.

Сообщаю, что

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

(фамилия, имя, отчество родителя (усыновителя, опекуна, попечителя, приемного родителя)

является/не является *(ненужное зачеркнуть)* получателем ежемесячного пособия на ребенка, предусмотренного статьей 9 Федерального закона от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

Обязуюсь в течение трех рабочих дней со дня наступления случая, влекущего прекращение предоставления льготного питания (утраты права на предоставление льготного питания), письменно сообщить руководителю образовательной организации о таких обстоятельствах.

|  |  |
| --- | --- |
| "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |   |
|  | (подпись заявителя) |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ (заполняются, если родители не являются получателем ежемесячного пособия на ребенка)

|  |  |
| --- | --- |
| СНИЛС |  |
| ИНН |  |

Отметка о принятии заявления:Дата принятия заявления и приложенных к нему документов "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.Должность специалиста, принявшего документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |