

Директору общеобразовательной организации

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

\_\_\_\_\_ (ФИО директора)

от \_\_\_\_\_ (ФИО родителя (законного представителя) полностью)

\_\_\_\_\_ , проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_ (серия, номер, дай выдачи, кем выдан)

\_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении выплаты компенсации в денежном эквиваленте детям-инвалидам и обучающимся с ограниченными возможностями здоровья по медицинским показаниям, имеющим право на получение ежедневного бесплатного питания, не посещающим общеобразовательное учреждение и получающим образование на дому**

1. Прошу предоставить обучающемуся \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

" \_\_\_\_ " класса на период обучения в общеобразовательной организации (на \_\_\_\_ / \_\_\_\_ учебный год) выплату денежной компенсации в связи с тем, что он (она) является обучающимся на дому по медицинским показаниям.

2. С Порядком выплаты компенсации в денежном эквиваленте на питание детям - инвалидам и обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, имеющим право на получение ежедневного бесплатного питания, не посещающим общеобразовательное учреждение и получающим образование на дому, ознакомлен (а) .

3. В случае изменения основания (утраты основания) для получения компенсационной выплаты обязуюсь об этом незамедлительно письменно информировать администрацию общеобразовательной организации.

4. Документ, подтверждающий право представлять интересы несовершеннолетнего, прилагается.

5. К заявлению прилагаю следующие документы:

- копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ;
- копия справки учреждения медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности обучающегося ;
- копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии о признании обучающегося лицом с ОВЗ;
- копия договора об оказании образовательных услуг обучающемуся, нуждающемуся в длительном лечении, ребенку-инвалиду в части организации

обучения по основным общеобразовательным программам на дому (в медицинской организации).

6. Выплату прошу перечислить на счет в банке: номер счета \_\_\_\_\_  
в банке \_\_\_\_\_.

Дата подачи заявления и прилагаемых к нему документов, ФИО и подпись  
родителя (законного представителя):

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах, с целью оформления документов на выплату денежной компенсации.

Согласие действует в течение 1 года со дня подписания настоящего заявления. Мне разъяснено, что данное согласие может быть отозвано мною в письменной форме.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)