Вход. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрировано

от \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(очередность) (дата подачи)

Руководителю
Департамента образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Администрации Тазовского района\_\_\_\_\_
(уполномоченный орган местного самоуправления)
\_\_\_Тетериной Алевтине Эриковне\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя)

от гражданина(ки):

фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
проживающего(ей) по адресу (адрес места жительства и (или) места пребывания):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
домашний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить ежемесячную компенсационную выплату на моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения)

не посещающего образовательную организацию, реализующую образовательную программу дошкольного образования, в Ямало-Ненецком автономном округе, в отношении которого я являюсь родителем (законным представителем).

Данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность заявителя: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

Прошу осуществлять ежемесячную компенсационную выплату следующим способом (нужное подчеркнуть):

1) через организацию федеральной почтовой связи;

2) через кассу уполномоченного органа местного самоуправления;

3) через кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации)

сведения о реквизитах счета в кредитной организации:

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(присвоенные кредитной организации при постановке на учет в налоговом органе)

номер счета заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Способ получения решения о назначении ежемесячной компенсационной выплаты или об отказе в ее назначении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(лично, электронной почтой, почтовым отправлением)

Я извещен(а) о том, что сумма ежемесячной компенсационной выплаты, излишне выплаченная вследствие сокрытия сведений, влияющих на право назначения данной выплаты, взыскивается с получателя в соответствии с федеральным законодательством.

Обязуюсь письменно известить уполномоченный орган местного самоуправления о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение ежемесячной компенсационной выплаты, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих обстоятельств.

Я согласен(а) на осуществление обработки моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, содержащихся в заявлении и прилагаемых к нему документах, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Ознакомлен(а) с тем, что в любое время вправе обратиться с письменным заявлением о прекращении действия указанного согласия.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.