|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МБДОУ №1 г.Тосно Филипповой Н.Н. |
|  | (наименование уполномоченного органа)  От гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указывается гражданство)  (ФИО родителя (законного представителя))  (наименование документа, удостоверяющего личность)  (серия, номер документа, удостоверяющего личность)  (кем выдан, дата выдачи)  ЗАЯВЛЕНИЕ  Прошу предоставлять мне ежемесячно компенсацию части родительской платы за присмотр и уход за ребенком (детьми) в размере процентов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указывается ФИО, пол, СНИЛС, гражданство каждого ребенка (детей)  Посещающим (посещающими), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  (наименование группу)  путем уменьшения размера родительской платы, фактически взимаемой за присмотр и уход за ребенком в образовательной организации, на размер предоставленной компенсации.  Среднедушевой денежный доход членов семьи за последние 12 календарных месяцев, предшествующих одному календарному месяцу перед месяцем обращения за частью родительской платы за присмотр и уход за ребенком (детьми), рассчитанный в соответствии с приложением 2 к постановлению Правительства Ленинградской области от 19 марта 2018 года N 89 "О реализации отдельных положений областного закона от 17 ноября 2017 года N 72-оз "Социальный кодекс Ленинградской области" составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_ коп.  Документы, подтверждающие право на получение компенсации, прилагаю:  Гарантирую своевременность и достоверность представления сведений при изменении основания для предоставления компенсации или утраты права ее получения.  На обработку своих персональных данных и лиц (детей), указанных в заявлении, чьим законным представителем являюсь согласна (-ен).  О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить по адресу электронной почты или по номеру телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (указать адрес электронной почты или номер телефона по выбору)  «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) подпись ФИО |

|  |
| --- |
| СПРАВКА  для расчета суммы компенсации части родительской платы  по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование учреждения)  за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года  (месяц) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя ребенка | Дата рождения | Очередность ребенка в семье | Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) | Количество дней посещения | Размер предоставленной компенсации (проц.) <\*> | Сумма компенсации (руб.) <\*> |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| СПРАВОЧНО |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего детей (чел.) | В том числе | | | |
| дети, родители которых имеют право на получение компенсации в размере | | | дети, посещающие образовательную организацию (в том числе с туберкулезной интоксикацией), родительская плата с которых не взимается |
| 25 проц. | 55 проц. | 75 проц. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |  |
| Место печати | | | | |
| Главный бухгалтер |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО | | | |
| Руководитель |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы руководителя |
|  | | |  |
|  | | | уполномоченного органа) |
| Место печати | | | |
| Главный бухгалтер |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы главного бухгалтера |
|  |  |  |  |
|  |  |  | уполномоченного органа) |

**Приложение № 2**

**к Порядку обращения за получением компенсации части родительской платы за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях Ленинградской области, реализующих образовательную программу дошкольного образования, а также ее выплаты**

СВОДНЫЙ РЕЕСТР

суммы компенсации части родительской платы

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование муниципального района, городского округа)

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(месяц)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование образовательной организации | Средний размер родительской платы, руб./день | Всего детей, родители которых имеют право на получение компенсации, чел. | В том числе в размере | | | Сумма компенсации, руб. |
| 25 проц. | 55 проц. | 75 проц. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |
| Место печати |  |  |  |
| Главный бухгалтер |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |