

В _____
(наименование образовательной организации)

от _____
(ФИО заявителя полностью)

зарегистрированного _____ по _____ адресу:
_____ с _____
(дата регистрации по паспорту)

Дата рождения заявителя _____
телефон _____
Паспортные данные: серия _____,
номер _____, дата выдачи _____,
кем выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу _____ предоставить мне льготу на снижение размера платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми в муниципальных образовательных организациях Елизовского муниципального района, реализующих программу дошкольного образования, как семье:

- имеющей трех и более несовершеннолетних детей
- в которой ребенок по состоянию здоровья (медицинским показаниям) не может получать услуги по организации питания в полном объеме
- работника муниципального образовательного учреждения _____ с доходом на одного члена семьи ниже прожиточного минимума, установленного в Камчатском крае, в расчете на душу населения;
- одинокий родитель.

(Ф.И.О. ребенка полностью) (дата рождения),
посещающего образовательное учреждение _____

(полное наименование образовательного учреждения)

В случае смены места жительства, образовательного учреждения, а также наступления обстоятельств, влекущих к отсутствию права на предоставление льгот на снижение размера платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми в муниципальных образовательных учреждениях Елизовского муниципального района, реализующих программу дошкольного образования, обязуюсь проинформировать _____

наименование образовательной организации
в течение 15 дней с момента возникновения соответствующих обстоятельств
Об ответственности за предоставление недостоверных данных предупрежден (а)

(подпись заявителя)