|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов  (в ред. [приказа](consultantplus://offline/ref=1102FDE9B4696DC3BD57D3774637392F798A0D44F86B9AA8EC5801315FD4A686913DC430C52ADFFF9ACF3EF386338C3DC4768DCFDE42A7A19B6369e3CCD) Минсоцразвития Новосибирской области  от 06.03.2017 N 163,  приказов Минтруда и соцразвития Новосибирской области  от 25.07.2018 [N 802](consultantplus://offline/ref=1102FDE9B4696DC3BD57D3774637392F798A0D44F06D9FA9E9545C3B578DAA8496329B27C263D3FE9ACE3CF98E6C8928D52E82CBC65CA6BE87616B3CeAC7D), от 10.07.2019 [N 729](consultantplus://offline/ref=1102FDE9B4696DC3BD57D3774637392F798A0D44F06E9EADE8545C3B578DAA8496329B27C263D3FE9ACE3CF48B6C8928D52E82CBC65CA6BE87616B3CeAC7D), от 21.07.2020 [N 653](consultantplus://offline/ref=1102FDE9B4696DC3BD57D3774637392F798A0D44F06F9FA9E85B5C3B578DAA8496329B27C263D3FE9ACE3DF58D6C8928D52E82CBC65CA6BE87616B3CeAC7D)) |  |

Руководителю центра социальной поддержки

населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

находящегося по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

паспорт (иной документ, удостоверяющий

личность): серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон, страховой номер

индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении (о продлении) компенсации

Прошу назначить (продлить) мне компенсацию части родительской платы за

присмотр и уход за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее -

при наличии) ребенка)

посещающим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

Прошу компенсацию выплачивать одним из указанных способов (отметить):

┌─┐

└─┘ перечислить в кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(N лицевого счета и реквизиты кредитной организации)

┌─┐

└─┘ доставить по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(адрес, организация почтовой связи)

Обязуюсь сообщить центру социальной поддержки населения в месячный

срок о наступлении обстоятельств, влекущих перерасчет размера

компенсации или прекращение выплаты компенсации (лишение родительских прав

в отношении старшего ребенка (детей), договор расторгнут до окончания

периода его действия; у ребенка, посещающего образовательную организацию,

произошла смена родителя (законного представителя) и др.).

Состав семьи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) | Число, месяц, год рождения | Степень родства |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Заявляю, что за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

доход моей семьи составил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды полученного дохода | Сумма дохода (руб., коп.) | Название и адрес организации или от кого получены алименты |
| От трудовой деятельности матери, отца |  |  |
| Пенсии, пособия, стипендии |  |  |
| От предпринимательской деятельности |  |  |
| Полученные алименты |  |  |
| Выплаченные алименты |  |  |
| Иные виды полученных доходов |  |  |
| ИТОГО |  |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

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

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

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

(дата) (подпись)