Приложение 1
к Порядку обеспечения бесплатным двухразовым горячим питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и (или) инвалидностью в муниципальных общеобразовательных организациях Серафимовичского муниципального района Волгоградской области

Руководителю

наименование МКОУ

(наименование должности руководителя ОО, ФИО)

от

фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающего по адресу:

паспортные данные:

контактный телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ
(родителя/законного представителя)

Прошу Вас предоставить моему сыну (моей дочери) _____

_____

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

обучающемуся _____ класса, двухразовое бесплатное горячее питание, так как мой ребенок имеет следующий статус (нужное подчеркнуть):

- обучающийся с ограниченными возможностям здоровья;
- обучающийся ребенок-инвалид;
- обучающийся ребенок-инвалид с ограниченными возможностям здоровья.

Я _____,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку и использование муниципальной общеобразовательной организацией представленных в данном заявлении персональных данных в целях принятия решения о предоставлении моему сыну (моей дочери) меры социальной поддержки в виде двухразового бесплатного горячего питания.

Приложение (нужное отметить):

☐ Заключение медико-психолого-педагогической комиссии, подтверждающее наличие у обучающегося недостатков в физическом и (или) психическом развитии, препятствующих получению образования без создания специальных условий.

☐ Заключение медико-социальной экспертизы, подтверждающее наличие у обучающегося инвалидности.

"___" _____ 20___ г. _____/_____

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Приложение 2

к Порядку обеспечения бесплатным двухразовым горячим питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и (или) инвалидностью в муниципальных общеобразовательных организациях Серафимовичского муниципального района Волгоградской области

Руководителю

_____

наименование МКОУ

_____

_____

(наименование должности руководителя ОО, ФИО)

_____

от

_____

_____

фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____

проживающего по адресу:

_____

_____

_____

паспортные данные:

_____

_____

_____

контактный телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

о замене бесплатного двухразового питания обучающимся с ограниченными возможностями здоровья и (или) инвалидностью, обучение которым организовано на дому, денежной компенсацией

Прошу заменить в соответствии с частями 7, 7.1, 7.2 статьи 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" бесплатное двухразовое питание денежной компенсацией

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

обучающемуся ___ класса на период с _____ по _____,

(дата рождения: _____, свидетельство о рождении/паспорт: серия _____, № _____, место регистрации (проживания): _____)

в связи с тем, что он (она) относится к категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и (или) инвалидностью, обучение которым организовано на дому.

Прошу перечислять денежную компенсацию на мой расчетный счет № _____в банковском учреждении _____

(реквизиты банковского учреждения)

ИНН _____, БИК _____,

КПП _____.

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

проинформирован(а), что в случае изменения обстоятельств, влияющих на замену бесплатного двухразового питания денежной компенсацией, обязуюсь в течение пяти рабочих дней письменно проинформировать общеобразовательную организацию о произошедших изменениях.

"___" _____ 20___ г. _____/_____

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в настоящем заявлении и представленных документах.

"___" _____ 20___ г. _____/_____

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)