

## **ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ необходимых для предоставления**

### **Денежная компенсация для детей с ОВЗ и инвалидов на дому**

1. Заявление с указанием реквизитов банковского счета родителя, на которые будет перечислена денеж. Компенсация
2. Оригиналы и копии документов:
  - паспорт одного из родителей
  - свид-во о рождении или паспорт учащегося(ребенка ОВЗ)
  - заключение врачебной комиссии организации здравоохранения СК по месту жительства ребенка с ОВЗ на дому
  - заключение ТПМПК
  - документ подтверждающий полномочия законного представителя детей с ОВЗ(опекаемый если ребенок, то + постановление об опеке)
  - СНИЛС родителя, СНИЛС ребенка с ОВЗ
3. Копия с банка с реквизитами родителя/опекуна(куда перечислять

Директору МОУ «СОШ № 3  
г. Зеленокумска»  
Г.В.Ивановой  
от \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

**Заявление  
о предоставлении денежной компенсации стоимости питания обучающегося, из  
числа детей с ограниченными возможностями здоровья, получающих  
образование на дому**

Я, \_\_\_\_\_ прошу  
предоставить мне денежную компенсацию стоимости питания моего сына/моей  
дочери \_\_\_\_\_  
из числа детей с ограниченными возможностями здоровья, ученика/ученицы  
\_\_\_\_\_ класса, получающего образование на дому.

Сумма денежной компенсации из средств местного бюджета прошу  
ежемесячно перечислять \_\_\_\_\_

С Порядком выплаты денежной компенсации стоимости питания детей с  
ограниченными возможностями здоровья обучающихся в муниципальных  
учреждениях Советского городского округа Ставропольского края, получающих  
образование на дому, ознакомлен/ознакомлена

**Перечень прилагаемых документов:**

- копия паспорта одного из родителей
- свид-во о рождении или паспорт учащегося(ребенка ОВЗ)
- заключение врачебной комиссии организации здравоохранения СК по месту  
жительства ребенка с ОВЗ на дому
- заключение ТПМПК
- документ подтверждающий полномочия законного представителя детей с ОВЗ
- СНИЛС родителя, СНИЛС ребенка с ОВЗ

(Не)согласен/согласна на рассмотрения заявления заседания комиссии в мое  
отсутствие

В случае изменения оснований для денежной компенсации стоимости  
питания моего сына/моей дочери за счет средств бюджета Советского городского  
округа Ставропольского края обязуюсь письменно информировать руководителя  
образовательного учреждения в течение 5 календарных дней с даты  
возникновения указанных оснований.

Обязуюсь возместить расходы, понесенные общеобразовательным  
учреждением, в случае нарушения мною обязанностей, установленных Порядком  
выплаты денежной компенсации стоимости двухразового питания  
родителям(законным представителям) обучающихся с ОВЗ муниципальных  
образовательных учреждений Советского городского округа Ставропольского края,  
получающих образование на дому.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Директору МОУ «СОШ № 3

г. Зеленокумска»

Г.В.Ивановой

от \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

**Заявление  
об обеспечении горячим питанием  
обучающегося за счет средств местного бюджета**

Прошу предоставить моему сыну/моей дочери, опекаемому/опекаемой

\_\_\_\_\_ ученику/ученице \_\_\_ класса в дни посещения образовательного учреждения на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ горячее питание с частичной оплатой за счет средств бюджета Советского городского округа Ставропольского края в связи с тем, что учащийся относится к одной из категорий:

-обучающиеся из малоимущих семей;

- обучающиеся из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечительства родителей;

- обучающиеся из неблагополучных семей и семей, временно попавших в трудную жизненную ситуацию;

С порядком организации горячего питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях Советского городского округа Ставропольского края, реализующих основную общеобразовательную программу начального общего, основного общего, среднего общего образования, ознакомлен.

Прошу пригласить меня на заседание комиссии, на котором будет рассматриваться мое заявление.

Согласен на рассмотрение заявления на заседании комиссии в мое отсутствие. (ненужное подчеркнуть)

В случае изменения оснований для обеспечения горячим питанием моего сына/моей дочери, опекаемого/опекаемой за счет средств местного бюджета обязуюсь письменно информировать руководителя общеобразовательного учреждения в течение 10 календарных дней.

Обязуюсь возместить расходы, понесенные общеобразовательным учреждением, в случае нарушения мною обязанностей, установленных Порядком организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях Советского городского округа Ставропольского края, реализующих основную общеобразовательную программу начального общего, основного общего, среднего общего образования.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /