В БУ СО ВО «СРЦН «Росток»г. Череповца»

(наименование организации социального обслуживания)

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО заявителя (представителя заявителя)

проживающей (-его) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

заявителя[\*](https://internet.garant.ru/#/document/20486434/entry/1111))

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу произвести частичную оплату стоимости путевки в организацию отдыха

детей и их оздоровления с дневным пребыванием\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации отдыха детей и их оздоровления с дневным пребыванием)

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

для ребенка (детей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка (детей) полностью, дата рождения)являющегося (являющихся)

учеником(ами) (воспитанником(ами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование школы, детского сада)

в связи с тем, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(краткое описание трудной жизненной ситуации, в которой находится ребенок (дети)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Сообщаю, что моя семья (нужное отметить):

 получает меры социальной поддержки (государственную социальную помощь);

 не получает меры социальной поддержки (государственную социальную помощь).

В случае если семья не получает меры социальной поддержки (государственную социальную помощь) (нужное отметить):

 Трудная жизненная ситуация подтверждается: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(документами о доходах, заключением психолого-медико-педагогической комиссии, документом о зачислении в специальное учебно-воспитательное учреждение, документами, подтверждающими факт установления инвалидности)

 Трудная жизненная ситуация не может быть подтверждена документально, прошу провести обследование жилищно-бытового положения семьи.

Документ, удостоверяющий личность заявителя:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| наименование |  | | |
| серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  | | |

  2. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для частичной оплаты стоимости путевки(ок) в организацию отдыха детей и их оздоровления с дневным пребыванием, сообщаю следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень данных** | **Данные** |
| **если заявителем (представителем заявителя) не реализовано право по предоставлению копии свидетельства о рождении ребенка** | |
| Ф.И.О. ребенка (детей) |  |
| Дата и место рождения |  |
| Место регистрации рождения |  |
| **если не представлен документ, подтверждающий регистрацию (учет) ребенка по месту жительства (месту пребывания)** | |
| Адрес регистрации |  |
| **для определения среднедушевого дохода семьи, если семья не получает меры социальной поддержки и (или) государственную социальную помощь** | |
| **если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включаются пенсии, компенсации** | |
| СНИЛС, Ф.И.О. членов семьи, наименование органа, назначившего пенсию, компенсацию |  |
| **если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включается доход индивидуального предпринимателя** | |
| ИНН и Ф.И.О. физического лица (индивидуального предпринимателя) |  |
| **если за период шести месяцев, предшествующих месяцу обращения, заявителю или члену его семьи выплачивалось:** | указать наименование регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации или территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, осуществившего выплату |
| пособие по временной нетрудоспособности |  |
| пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием |  |
| пособие по беременности и родам, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности |  |
| ежемесячное пособие по уходу за ребенком |  |
| ежемесячное пособие в связи с рождением и воспитанием ребенка |  |
| **в случае отсутствия дохода у заявителя или члена его семьи в связи с прохождением им военной службы по призыву** | |
| Ф.И.О. заявителя (члена семьи заявителя), призванного на военную службу |  |
| Место призыва |  |
| Дата призыва |  |
| Номер воинской части или ее наименование |  |
| **если за период шести месяцев, предшествующих месяцу обращения, у заявителя или у полностью дееспособных и ограниченных в дееспособности членов его семьи отсутствовали доходы** | |
| Ф.И.О. члена семьи, СНИЛС |  |
| Наименование последнего места работы (службы, учебы) |  |
| **если заявителем не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности (для детей-инвалидов)** | |
| Ф.И.О. ребенка (детей) |  |
| Дата и место рождения |  |
| Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность |  |
| Дата установления инвалидности |  |
| **если не представлено заключение психолого-медико-педагогической комиссии (для детей с ограниченными возможностями здоровья)** | |
| Ф.И.О. ребенка (детей) |  |
| Дата и место рождения |  |
| Наименование учреждения психолого-медико-педагогической комиссии |  |
| Дата выдачи заключения |  |
| Согласен на представление сведений о выдаче моему ребенку заключения психолого-медико-педагогической комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя) |
| **если не представлен документ (выписка из приказа, справка) о зачислении в специальное учебно-воспитательное учреждение (для детей, находящихся в специальных учебно-воспитательных учреждениях)** | |
| Наименование учреждения |  |
| Юридический адрес |  |
| **если не представлена справка об учебе ребенка в возрасте до 23 лет по очной форме обучения в профессиональной образовательной организации, в образовательной организации высшего образования - если ребенок, достигший возраста 18 лет, не работает и обучается по очной форме обучения в профессиональной образовательной организации или в образовательной организации высшего образования** | |
| Наименование образовательной организации |  |
| Юридический адрес |  |

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя, представителя заявителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста, принявшего заявление)

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

\* Заполняется в случае обращения представителя заявителя.