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.