Директору МБОУ «Школа №103 с углубленным изучением иностранного языка»

-------------------------------------------------------

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

(Ф.И.О. заявителя )

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

проживающего/ей/по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на выплату денежной компенсации**

**обучающемуся по категории, «ребенок- инвалид» , ребенок с ОВЗ**

**получающему образование на дому,**

**в том числе с использованием дистанционных технологий**

Прошу назначить мне выплату денежной компенсации на моего сына (мою дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

« \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, учащемуся (ейся) « \_\_\_\_\_» класса, в дни обучения ребенка на дому, согласно учебному плану в период действия заключения медико-социальной экспертизы с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи

с тем, что обучающийся относится к льготной категории:

категория «ребенок- инвалид», получающий образование на дому, в том числе с использованием дистанционных технологий

С положением о порядке выплаты денежной компенсации обучающимся категории «ребенок- инвалид», получающим образование на дому, в том числе с использованием дистанционных технологий, (*наименование общеобразовательной организации*) ознакомлен/а/.

Выплату компенсации прошу производить путем перечисления средств на расчетный банковский счет: реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В случае изменения оснований получения компенсации моего сына (моей дочери), обязуюсь письменно информировать руководителя образовательной организации не позднее 3 календарных дней.

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность представленных документов. Обязуюсь возместить расходы, понесенные образовательной организацией, в случае нарушения моих обязанностей, установленных Порядком предоставлении денежной компенсации по категории «ребенок- инвалид».

Даю согласие на обработку и использование персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152 ФЗ «О персональных данных».

Приложение: 1) копия паспорта одного из родителей (законных

представителей);

2) копия свидетельства о рождении ребенка;

3) копия заключения медико- социальной экспертизы;

4) расписание учебных занятий, учебный план;

5) банковские реквизиты

« \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата (подпись) (расшифровка)