

МБДОУ «Сидоровский детский сад»  
Заведующему учреждением  
Бубаевой Т.Н.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
проживающей (го) по адресу:

Паспортные данные \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить мне компенсацию части родительской платы за присмотр и уход за ребенком в МБДОУ «Сидоровский детский сад», вносимой мною за присмотр и уход за ребенком

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И. ребенка прописывается полностью, дата рождения)

так как семья имеет статус многодетная, малоимущая и нуждающаяся в государственной социальной помощи и иных видах социальной поддержки (нужное подчеркнуть).

Очередность рождения ребенка в семье \_\_\_\_\_.

Прошу осуществлять выплату компенсации ежемесячно путем (нужное подчеркнуть):

1) перечисления на лицевой счет банковской карты;

2) наличными денежными средствами (при условии наличной оплаты за присмотр и уход за детьми.

Дополнительные сведения:

Сведения об иных несовершеннолетних детях, проживающих в семье (при наличии):

Ф.И.О. ребенка	Год рождения

Наименование органа опеки и попечительства, выдавшего акт о назначении опекуна (указывается в случае, если дети (один из детей) в семье находятся под опекой (попечительством):

Состоит ли семья на учете как малоимущая и нуждающаяся в государственной социальной помощи и иных видах социальной поддержки в органах социальной защиты:

- да;
- нет

### Приложения.

На обработку предоставленных персональных данных путем их сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и Алтайского края, согласен (на). Разрешаю обработку своих персональных данных посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры), отчетные формы. Я не возражаю против обмена (прием, передача) моими персональными данными с органами и организациями, имеющими сведения, необходимые для предоставления государственной услуги:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество члена семьи	Подпись

Настоящее согласие действует в течение пяти лет после прекращения оказания мне мер социальной поддержки. По истечению срока действия согласия мои персональные данные подлежат уничтожению.

Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании заявления, поданного в орган местного самоуправления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении,  
соответствуют предоставленным документам.

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

Документы гражданина \_\_\_\_\_  
приняты « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Регистрационный № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

---