

В администрацию городского округа  
г. Урюпинск  
от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

проживающего по адресу \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне социальную поддержку по компенсации части родительской платы за присмотр и уход за детьми в образовательной организации, реализующей образовательную программу дошкольного образования, расположенных на территории городского округа город Урюпинск Волгоградской области, \_\_\_\_\_.  
(полное наименование образовательной организации)

Данные на каждого ребенка:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Серия и номер свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

Выплату компенсации прошу производить (нужное подчеркнуть)  
через кредитную организацию \_\_\_\_\_  
(полное наименование кредитной организации)

на лицевой счет N \_\_\_\_\_.

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

подтверждаю, что вся представленная мною информация является полной и точной. Я принимаю и несу ответственность в соответствии с законодательными актами Российской Федерации за представление ложных или неполных сведений. Против проверки представленных мною сведений не возражаю. Мне известно о том, что любое представление ложной информации или сокрытие данных, влияющих на право назначения мер социальной поддержки, может быть поводом для запроса дополнительных уточняющих данных, прекращения оказания мер социальной поддержки или удержания излишне выплаченных сумм.

Обязуюсь в установленные законодательством сроки известить уполномоченный орган о наступлении обстоятельств (изменение Ф.И.О.; документа, удостоверяющего личность; изменение места жительства; изменение лицевого счета в кредитной организации; изменение категории; прекращение предоставления мер социальной поддержки) или о наступлении обстоятельств (прекращения посещения ребенком образовательной организации, реализующей образовательную программу дошкольного образования; лишения родительских прав в отношении ребенка, на которого назначена компенсация; отмены опеки, расторжения договора о передаче ребенка в приемную семью в отношении ребенка, на которого назначена компенсация; несоответствия заявителя условиям получателя мер социальной поддержки, определенным в абзаце втором части 1 статьи 11 Социального кодекса Волгоградской области от 31 декабря 2015 г. N 246-ОД; невнесения платы родителями (законными представителями) за присмотр и уход за детьми в образовательной организации, реализующей образовательную программу дошкольного образования), влекущих прекращения оказания мер социальной поддержки.

С условиями и правилами социальных выплат и сроками их предоставления

ознакомлен (а) .

В соответствии со **статьей 9** Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" я даю уполномоченному органу согласие на обработку моих и моего ребенка (моих детей) персональных данных (фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, адрес проживания, гражданство, место посещения образовательной организации, номер телефона, серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда он выдан, серия и номер свидетельства о рождении, учет выплаченных сумм и других видов помощи, выплатные реквизиты, документы, дающие право на льготы и различные денежные выплаты) в целях назначения или определения права на получение социальной выплаты и предоставления мер социальной поддержки с правом передачи третьим лицам на срок назначения выплат и мер социальной поддержки. Я могу отозвать согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. (Отзыв согласия оформляется путем подачи заявления в уполномоченный орган в свободной форме с указанием даты прекращения действия.)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

-----линия отрыва-----

N _____ (регистрационный номер заявления)	Количество принятых документов	Дата	Подпись

Заявление и документы принял \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста по приему, контактный  
телефон)