

-----  
(наименование образовательной организации)  
\_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

**о выплате компенсации платы, взимаемой с родителей (законных представителей), за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях, реализующих образовательную программу дошкольного образования, находящихся на территории Смоленской области**

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
документ, удостоверяющий личность: вид \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ №  
\_\_\_\_\_,  
выдан

\_\_\_\_\_,  
(дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ)  
проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_,  
(заполняется, если адрес регистрации отличается от адреса проживания)  
страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

контактный  
телефон: \_\_\_\_\_,  
прошу предоставить компенсацию части родительской платы за присмотр и  
уход за \_\_\_\_\_,  
осваивающим(ей)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)  
образовательную программу дошкольного образования в организации,  
реализующей образовательную программу дошкольного образования

\_\_\_\_\_,  
(наименование образовательной организации)  
который(ая) является моим \_\_\_\_\_  
ребенком.

(первым, вторым, третьим и т.д.)

С целью определения состава и среднедушевого дохода семьи для

предоставления компенсации сообщаю сведения о составе моей семьи:

| № п/п | Ф.И.О. члена семьи | Дата рождения члена семьи | Степень родства |
|-------|--------------------|---------------------------|-----------------|
|       |                    |                           |                 |
|       |                    |                           |                 |
|       |                    |                           |                 |
|       |                    |                           |                 |
|       |                    |                           |                 |

К заявлению прилагаю следующие документы:

---

---

---

---

---

---

Я предупрежден(а) о том, что компенсация, предоставленная неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на ее предоставление или на исчисление размера, взыскивается в установленном законодательством порядке.

Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

Я обязуюсь уведомлять образовательную организацию на наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления компенсации и (или) изменение размера компенсации, в течение 10 рабочих дней со дня наступления соответствующих обстоятельств.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

(дата)(подпись)

(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

-----

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

документ, удостоверяющий личность: вид \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ №

\_\_\_\_\_,

выдан

\_\_\_\_\_,

(дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ)

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

(заполняется, если адрес регистрации отличается от адреса проживания)

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

контактный

телефон: \_\_\_\_\_,

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие сотрудникам

\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- адрес регистрации и фактического проживания;
- документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан);

- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях получения компенсации платы, взимаемой с родителей (законных представителей), за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях, реализующих образовательную программу дошкольного образования, находящихся на территории Смоленской области.

Настоящее согласие действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)