Заведующему МБДОУ № 45 «Солнышко»

Кочкиной А.А.

от:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *(ФИО полностью)*

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Заявление:

Прошу установить льготу в размере \_\_\_\_% по оплате за присмотр и уход за ребенком

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО ребенка полностью, дата рождения)*

посещающего группу №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании льготы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(выписать из таблицы)*

|  |  |
| --- | --- |
| Размер льготы | Кому предоставляется льгота |
| 50% | - многодетные семьи, имеющие трех и более несовершеннолетних детей;- родители, один из которых является инвалидом I или II группы;- работники муниципальных дошкольных образовательных учреждений, отнесенных к младшему обслуживающему персоналу. |
| 100% | - родители, имеющие детей – инвалидов, осваивающих образовательные программы дошкольного образования в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях городского округа Мытищи;- родители, имеющие детей с туберкулезной интоксикацией;- опекуны, взявшие под опеку детей-сирот или детей оставшихся без попечения родителей. |

Для подтверждения льготы предоставляю следующие документы:

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

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

*(выписать из списка)*

|  |
| --- |
| - копия справки об инвалидности ребенка;- медицинское заключение из туберкулезного диспансера о наличии у ребенка ттуберкулезной интоксикации;- копия удостоверения многодетной семьи, справка с места жительства о составе семьи;- справка МСЭ о наличии инвалидности;- копия распоряжения органов опеки муниципального образования;- справка с места работы в муниципальном дошкольном образовательном учреждении. |

*В предоставлении льготы родителю (законному представителю) отказывается*

*в случае непредоставления полного пакета документов.*

Обязуюсь в течение 10 дней после прекращения основания для предоставления льготы уведомить руководителя муниципального дошкольного образовательного учреждения о данном факте.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись/Фамилия И.О.)*