

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

(родителя, законного представителя)

Зарегистрированного 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 туберкулезной 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.)