

**Приложение 2**  
**к Порядку обеспечения бесплатные**  
**двухразовым питанием обучающихся с**  
**ограниченными возможностями здоровья**

Директору МБОУ г. Астрахани «СОШ №64»  
Тихоновой Е.Г.

От \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) заявителя полностью)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (места пребывания))

\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, удостоверяющего личность заявителя)

\_\_\_\_\_  
(сведения об организации, выдавшей документ, удостоверяющий личность заявителя,  
и дата выдачи)

\_\_\_\_\_  
(номер телефона)

Прошу предоставить денежную выплату компенсации стоимости двухразового питания обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, \_\_\_\_\_ класса, обучение которого организовано на дому \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), обучающегося полностью)

В соответствии с разделом 3 Порядка обеспечения бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в муниципальных общеобразовательных организациях города Астрахани, утвержденного постановлением администрации муниципального образования «Город Астрахань» от 01.07.2021 №188

Прошу установленную денежную компенсацию стоимости двухразового питания перечислять по следующим реквизитам кредитной организации и лицевого счета:

\_\_\_\_\_  
(номер счета и наименование кредитной организации)

Представляю следующие документы для выплаты денежной компенсации стоимости двухразового питания:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Я извещен о том, что излишне выплаченные средства засчитываются в счет будущей компенсации, а при отсутствии права на получение денежной компенсации в последующие месяцы, я обязуюсь добровольно возратить излишне выплаченные денежные средства на лицевой счет общеобразовательной организации в течение 2 месяцев со дня установления излишней выплаты.

При наступлении обстоятельств, которые влекут за собой изменение размера компенсации либо прекращение права на ее получение, обязуюсь не позднее 15 рабочих дней со дня наступления таких обстоятельств в письменной форме сообщать об их наступлении в общеобразовательную организацию.

Информацию о принятии решения о выплате или отказе в выплате компенсации, прекращении выплаты компенсации прошу (нужное подчеркнуть и заполнить):

- 1) направлять по следующему почтовому адресу

\_\_\_\_\_

- 2) направлять по следующему электронному адресу:

\_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись заявителя/расшифровка)

Дата приема документов « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО специалиста общеобразовательной организации \_\_\_\_\_

Подпись специалиста общеобразовательной организации \_\_\_\_\_