Руководителю

КУ «Агентство социального

благополучия населения Югры»

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление компенсаций затрат родителей (законных

представителей) на воспитание, обучение и образование

детей-инвалидов и затрат инвалидов и родителей (законных

представителей) детей-инвалидов на получение

профессионального образования

1. Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места пребывания (заполняется при обращении за предоставлением

компенсации не по месту жительства)

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

Адрес места фактического проживания (заполняется при обращении за

предоставлением компенсации не по месту жительства, пребывания)

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

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан: | | | | | |

2. Виды компенсаций (нужное отметить  и указать имя ребенка (детей)):

ежемесячные:

 на воспитание детей-инвалидов на дому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 на обучение детей-инвалидов в возрасте от 6 лет и 6 месяцев до 18 лет,

проживающих в сельских населенных пунктах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 на обучение детей-инвалидов в возрасте от 6 лет и 6 месяцев до 18 лет,

проживающих в городских населенных пунктах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ежегодные:

 на приобретение специальных учебных пособий и литературы для обучающихся

профессиональных образовательных организаций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 на приобретение специальных учебных пособий и литературы для обучающихся

образовательных организаций высшего образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 на оплату услуг переводчиков-дактилологов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень документов | Количество листов |
| Сведения и документы, которые заявитель представляет самостоятельно | | |
| 1. | свидетельство о государственной регистрации факта рождения ребенка-инвалида, выданное компетентным органом иностранного государства, и его нотариально удостоверенный перевод на русский язык (в случае регистрации факта рождения ребенка-инвалида за пределами территории Российской Федерации) |  |
| 2. | документ, подтверждающий инвалидность, при отсутствии сведений об инвалидности в федеральной государственной информационной системе "Федеральный реестр инвалидов" |  |
| Для выплаты ежегодной компенсации затрат родителей (законных представителей) на оплату услуг переводчиков-дактилологов: | | |
| 3. | договор на оказание услуг, заключенный со специалистами либо соответствующей организацией (с приложением копии диплома установленного образца по специальностям сурдопедагог, тифлопедагог, дефектолог, учитель-логопед, логопед, сурдолог) |  |
| Сведения и документы, которые подлежат получению в порядке межведомственного информационного взаимодействия (заявитель имеет право представить указанные сведения и документы по собственной инициативе) | | |
| 4. | сведения о рождении ребенка-инвалида - в федеральной государственной информационной системе "Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния" |  |
| 5. | сведения об инвалидности, содержащиеся в федеральной государственной информационной системе "Федеральный реестр инвалидов" |  |
| 6. | сведения о действительности (недействительности) документов, удостоверяющих личность и содержащих указание на гражданство Российской Федерации заявителя, - в территориальных органах Управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре |  |

Я нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и

точной. Обязуюсь своевременно в течение месячного срока сообщить обо всех

обстоятельствах, влияющих на предоставление ежемесячной (ежегодной,

единовременной) компенсации.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством

Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных

сведений, которые могут послужить поводом для прекращения выплаты

ежемесячной компенсации.

Выражаю согласие на необходимое использование моих персональных данных

в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=34CC691A4F51632F0D9FABC22996A8D94EDBD3D0E7A66BB65301A5705721C4FC45D43B039D174B5D55D101E657H7v3L) от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О

персональных данных", в том числе в информационных системах.

Прошу перечислять причитающиеся мне суммы ежемесячной (ежегодной,

единовременной) компенсации на счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер счета в отделении кредитной организации, номер почтового отделения)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| Регистрационный номер | Дата приема | Подпись специалиста | Расшифровка подписи |

---------------------------------------------------------------------------

Расписка (выдается на руки заявителю)

О принятии заявления на прекращение, возобновление ранее

приостановленной государственной услуги, перерасчет, удержание (возмещение)

излишне выплаченных сумм, смену способа получения, изменение лицевого счета

для перечисления сумм (нужное подчеркнуть) приняты:

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_