Руководителю

КУ "Агентство социального

благополучия населения Югры"

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении социальной поддержки по оплате услуг связи

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: | | | | | |

Прошу предоставить ежемесячную компенсацию затрат родителей (законных представителей) на оплату доступа к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" по безлимитному тарифу со скоростью не менее 512 кБ/с, при дистанционном обучении ребенка-инвалида в возрасте от 5 до 7 лет, а также ребенка-инвалида в возрасте с 6 до 18 лет, которому рекомендовано обучение на дому.

2. Сведения о рождении ребенка (детей):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка |
| 2. | Дата рождения ребенка |
| 3. | Место рождения ребенка |
| 4. | Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителей (одного из родителей) |
| 5. | Дата составления и номер записи акта о рождении |
| 6. | Место государственной регистрации рождения (наименование органа записи актов гражданского состояния) |

3. К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень документов | Количество листов |
| Сведения и документы, которые заявитель представляет самостоятельно | | |
| 1. | свидетельство о рождении (для детей до 14 лет) в случае его выдачи компетентными органами иностранного государства с приложением нотариально удостоверенного перевода на русский язык |  |
| 2. | документ, подтверждающий инвалидность, при отсутствии сведений об инвалидности в федеральной государственной информационной системе "Федеральный реестр инвалидов" |  |
| 3. | договор на подключение к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", договор на оказание услуг информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (с указанием ежемесячного размера оплаты услуг) |  |
| 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 сообщить обо всех обстоятельствах, влияющих на

предоставление ежемесячной 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=E86485757A8E38171C090A84C1B3352B9C449E2687026C3D42B4F22DC83178C3F46A416D8D319F9FB00E8BD1B2mFn4G) от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О

персональных данных", в том числе в информационных системах.

Прошу перечислять причитающиеся мне суммы ежемесячной компенсации на

счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер счета в отделении кредитной организации, номер почтового

отделения)

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

(подпись заявителя)

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