Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование образовательной организации,

фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя образовательной организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) совершеннолетнего обучающегося, родителя (законного представителя) обучающегося или его представителя по доверенности)

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

(почтовый адрес (при необходимости)

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

(контактный телефон)

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

(адрес электронной почты)

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность совершеннолетнего обучающегося, родителя (законного представителя) обучающегося (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении бесплатного двухразового питания

В соответствии с подпунктом 3 пункта 1 статьи 7 Закона Кемеровской области от 14.02.2005 № 25-ОЗ «О социальной поддержке инвалидов» прошу предоставить бесплатное двухразовое питание обучающемуся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) обучающегося, номер класса обучающегося)

на 2024-25 учебный год в связи с тем, что обучающийся является ребенком-инвалидом, не имеющим ограниченных возможностей здоровья, обучающимся в государственных общеобразовательных организациях Кемеровской области – Кузбасса/муниципальных общеобразовательных организациях.

Настоящим заявлением подтверждаю, что вся представленная информация является полной и достоверной.

Настоящим заявлением выражаю согласие на обработку содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах персональных данных, т.е. их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение использование обезличивание, блокирование, уничтожение в целях предоставления бесплатного одноразового горячего питания.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

В случае принятия решения об отказе в предоставлении бесплатного двухразового питания указанное решение прошу направить на почтовый адрес (электронный адрес).

К заявлению прилагаются следующие документы:

документ, удостоверяющий личность обучающегося;

документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) обучающегося (в случае представления интересов обучающегося);

документ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении)

справка, подтверждающая факт установления инвалидности;

документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета ребенка-инвалида (СНИЛС)

иные документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Обо всех изменениях, связанных с изменением статуса ребенка-инвалида, не имеющим ограниченных возможностей здоровья, влекущих за собой утрату права на получение бесплатного двухразового горячего питания, обязуюсь немедленно сообщить в письменной форме.

В случае несвоевременного уведомления общеобразовательной организации о наступлении обстоятельств, влекущих изменение или прекращение прав ребенка-инвалида, не имеющим ограниченных возможностей здоровья на предоставление бесплатного двухразового горячего питания, обязуюсь возместить расходы образовательной организации, направленные на предоставление бесплатного двухразового горячего питания ребенку-инвалиду, не имеющим ограниченных возможностей здоровья с даты наступления таких обстоятельств.

Я ознакомлен(а) с тем, что льготное двухразовое горячее питание предоставляется в фактические дни посещения обучающимся общеобразовательной организации. Денежная компенсация или сухой паек взамен бесплатного двухразового горячего питания не предоставляются.

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

(подпись заявителя) (расшифровка подписи) (дата)

Заявление и документы приняты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ответственное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

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

(подпись (расшифровка подписи) ответственного лица образовательной организации)