**Государственное казенное общеобразовательное учреждение Ленинградской области**

 **«Тихвинская школа-интернат, реализующая адаптированные образовательные программы»**

**(ГКОУ ЛО «Тихвинская школа-интернат»)**

187555, Россия, Ленинградская область, Тихвинский район, г.Тихвин, 5 микрорайон, дом 35

E-mail: t-cor@yandex.ru ,t-cor@mail.ru; тел/факс (813 67) 58-870

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГКОУ ЛО «Тихвинская школа-интернат»Галине Васильевне Львовойот проживающей по адресу:паспорт:серия, номердата выдачикем выдантелефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выплате денежной компенсации стоимости питания обучающимся на дому по медицинским показаниям**

 В соответствии с частью 7 статьи 79 Федерального закона от 29.12.2012г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Ленинградской области от 06.04.2020г. №176 «О выплате компенсации за обеспечение бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, зачисленных в государственные общеобразовательные организации Ленинградской области и осваивающих основные общеобразовательные программы на дому» прошу выплатить денежную компенсацию стоимости питания моему сыну (дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО обучающегося полностью, дата рождения)

обучающегося (-щейся) индивидуально на дому\_\_\_\_\_ класса на период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

С Порядком выплаты компенсации за обеспечение бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья «ГКОУ ЛО «Тихвинская школа-интернат», осваивающих адаптированную основную общеобразовательную программу индивидуально на дому по медицинским показаниям» ознакомлена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 подпись

Копии документов, подтверждающих основание предоставления выплаты денежной компенсации стоимости питания обучающемуся на дому по медицинским показаниям, прилагаю:

* медицинская справка № \_\_\_\_\_\_, выданная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

 (наименование медицинского учреждения)

* документ о наличии у заявителя банковского счета, с указанием реквизитов счета.

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись Ф.И.О.