Директору Муниципального бюджетного

общеобразовательного учреждения Школа №56

городского округа город Уфа

Республики Башкортостан

Ракитцкой Е.А.

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

(ФИО заявителя),

проживающего /ей/ по адресу:

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

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на выплату денежной компенсации обучающимся с ограниченными возможностями здоровья и детям-инвалидам, получающим образование на дому,**

**в том числе с использованием дистанционных технологий.**

Прошу назначить мне выплату денежной компенсации на моего сына (мою дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, учащемуся (-ейся) \_\_\_\_\_ класса, в дни обучения ребенка на дому, согласно учебному плану в период действия заключения психолого-медико-педагогической комиссии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в связи с тем, что обучающийся относится к льготной категории:

- обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов, имеющих статус детей с ограниченными возможностями здоровья, получающих образование на дому.

С положением о порядке выплаты денежной компенсации обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, получающим образование на дому, в том числе с использованием дистанционных технологий, МБОУ Школа №56 городского округа город Уфа Республики Башкортостан ознакомлен /а/.

Выплату компенсации прошу производить путем перечисления средств расчетный банковский счет: реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В случае изменения оснований получения компенсации моего сына (моей дочери), обязуюсь письменно информировать руководителя образовательной организации не позднее 3 календарных дней.

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность представленных документов. Обязуюсь возместить расходы, понесенные образовательной организацией, в случае нарушения моих обязанностей, установленных Порядком предоставления денежной компенсации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Даю согласие на обработку и использование персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона о 27.07.2006 года №152 «О персональных данных».

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

подпись расшифровка подписи